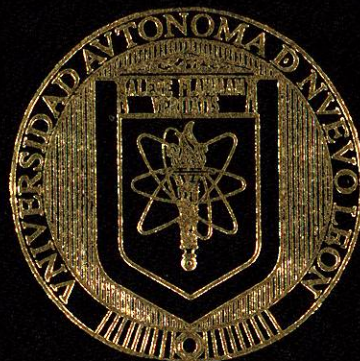


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO
HUMANO



CLUB DE MADRES ADOLESCENTES
DE LA FUNDACION ADELAIDA LAFON A.C.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL CON
ORIENTACION A PROYECTOS SOCIALES

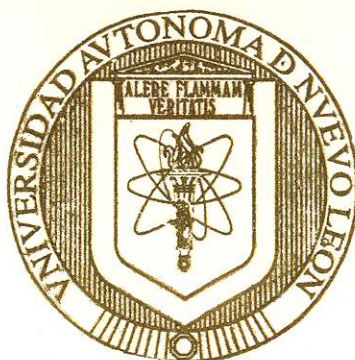
PRESENTA
KARLA ALEJANDRA HERNANDEZ TRUJILLO

DICIEMBRE DE 2013



1080205316

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO
HUMANO



CLUB DE MADRES ADOLESCENTES
DE LA FUNDACION ADELAIDA LAFON A.C.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL CON
ORIENTACION A PROYECTOS SOCIALES

PRESENTA

KARLA ALEJANDRA HERNANDEZ TRUJILLO

DICIEMBRE DE 2013

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**CLUB DE MADRES ADOLESCENTES
DE LA FUNDACIÓN ADELAIDA LAFÓN A.C.**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON
ORIENTACIÓN A PROYECTOS SOCIALES
PRESENTA**

KARLA ALEJANDRA HERNÁNDEZ TRUJILLO

ASESOR: MTRA. HORTENSIA MARGARITA SÁNCHEZ GUERRERO

DICIEMBRE DE 2013



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Los suscritos miembros de la Comisión del Proyecto de Maestría de la
Lic. Karla Alejandra Hernández Trujillo
 Hacen constar que han evaluado el Proyecto **"Club de madres adolescentes de la fundación Adelaida Lafon, A.C."** y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	FIRMA
MTS. Hortencia Margarita Sánchez Guerrero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MTS. María Margarita Ramírez González	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Marcela Granados Shiroma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido Aprobar este proyecto y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales.

Vo.Bo.

MTS. Olga Lidia Martínez Chapa
 Subdirectora de Estudios de Posgrado
 Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano, U.A.N.L.



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
 Y DESARROLLO HUMANO
 SUBDIRECCION DE
 ESTUDIOS DE POSGRADO

San Nicolás de los Garza N.L., a 05 de Diciembre de 2013

Agradecimientos y Dedicatoria

Agradezco a mis padres por su guía, consejo, amor incondicional y gran ejemplo de maternidad/paternidad.

A Pao por su compañía y apoyo.

A la Maestra Hortensia por su paciencia, disponibilidad y orientación.

A la Maestra Margarita por su tiempo, colaboración y conocimientos.

A la Dra. Marcela por su ejemplo, incondicional presencia y consejo.

A Luz y Karina por su entusiasmo, compromiso con el grupo e invaluable aportación al proyecto.

A Lucy, Vicy, Martha, Karen, Bere y Diana por su alegría, disposición y confianza al compartir su vida.

A Gera por su apoyo e impulso.

A mis suegros y cuñadas por cuidar mi tesoro.

Agradezco también al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado.

Para Santi y Joaquín con amor y agradecimiento por elegirme como madre.

Resumen

La actualidad es el momento de la juventud, las cifras muestran que un quinto de la población mundial es joven. Las personas en este rango de edad, que va del final de la infancia hasta el inicio de la adultez, se ven inmersas en grandes retos y toma de decisiones que encausan su vida.

También se enfrentan a problemáticas de diversa índole que dificultan su desarrollo, pero que con la orientación correcta y la adquisición de herramientas pueden ser superables dejando de ser limitantes.

Tal es el caso de la maternidad en la adolescencia, una realidad presente en nuestra sociedad, frecuentemente abordada como un problema en el sistema de salud y escasamente atendida desde los diversos aspectos que la conforman.

El presente trabajo es el resultado del acercamiento, intervención y reflexión con un grupo de seis madres adolescentes atendidas por la Fundación Adelaida Lafón A.C. desde una perspectiva que incluye varias dimensiones.

Para introducir en la temática de las madres adolescentes, el primer capítulo informa sobre la situación prevaleciente de la actividad sexual adolescente y el embarazo a escala mundial, nacional y local. Expone las problemáticas resultantes de la maternidad en este estadio de la vida en los aspectos psicosociales, educativos, económicos así como las consecuencias en los hijos. Además, contextualiza el proyecto al presentar, por un lado, algunas de las conferencias mundiales, programas y leyes que orientan la atención a la problemática y, por otro, los fundamentos bajo los cuales la Fundación Adelaida Lafón A.C. opera, su estructura y la población sobre la que ésta organización incide.

Todo esto permite entender el planteamiento que en el segundo capítulo se hace del proyecto, en donde se presentan las razones por las que el abordaje se da desde la metodología de desarrollo participativo, en concordancia con la institución, con la forma en que inició el proyecto y con la forma de pensar de quien sustenta este trabajo.

El capítulo dos es el centro de este documento en el que se despliegan todos los elementos de la intervención: desde el diagnóstico de las madres adolescentes participantes, hasta la planeación de cada una de las sesiones del club, el relato de su desarrollo y el proceso de evaluación tanto metodológicamente como en su aplicación y datos arrojados.

El tercer y último capítulo presenta el análisis de los resultados obtenidos, vinculando los mostrados por los instrumentos de evaluación con los observados y reflexionados durante la intervención.

El documento cierra estableciendo la relación entre el proyecto y el trabajo social, además se presentan sugerencias y recomendaciones para futuras intervenciones pensadas principalmente para otros grupos de la población con base en el vínculo que guardan con las madres adolescentes, aunque también se hace referencia a la necesidad económica detectada en las participantes del club.

Tabla de Contenido

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
INDICE DE TABLAS, FIGURAS, GRÁFICOS.....	viii
CAPITULO 1.....	1
1. Antecedentes.....	1
1.1 Definición del problema a resolver.....	1
1.1.1 Incremento del número de adolescentes.....	2
1.1.2 Incremento en la actividad sexual.....	3
1.1.3 Incremento de embarazo adolescente.....	3
1.1.4 Maternidad adolescente.....	6
1.1.4.1 Psicosocial.....	7
1.1.4.2 Educativo.....	7
1.1.4.3 Económico.....	8
1.1.4.4 Consecuencias en los hijos de adolescentes.....	9
1.2 Vinculación con políticas sociales.....	10
1.2.1 Internacionales.....	10
1.2.2 Nacionales.....	11
1.2.3 Estatales.....	13
2. Contexto.....	14
2.1 Aspectos sociales del problema.....	14
2.1.1 Educación.....	15
2.1.2 Empleo.....	16
2.1.3 Salud.....	17
2.2 Institución donde se implementó el proyecto.....	18
2.2.1 Conocimiento general de la institución.....	18
2.2.2 Aspectos de la organización.....	19
2.2.2.1 Antecedentes Históricos.....	19
2.2.2.2 Objetivo.....	21
2.2.2.3 Misión.....	21
2.2.2.4 Visión.....	21
2.2.2.5 Valores.....	21
2.2.2.6 Filosofía.....	22
2.2.2.7 Organigrama.....	23
2.2.2.9 Fase de desarrollo organizacional.....	24
2.2.2.9 Recursos institucionales.....	24
2.2.2.10 Perfil del usuario.....	26
2.3 Características del Departamento de Trabajo Social.....	27
CAPITULO 2.....	28
3. Metodología del proyecto.....	28
3.1 Diagnóstico.....	29
3.1.1 Grupo nominal.....	29
3.1.2 Encuesta.....	31

3.2 Planeación.....	32
3.2.1 Justificación.....	34
3.2.2 Objetivo general.....	36
3.2.3 Objetivos específicos	36
3.2.4 Metas.....	37
3.2.5 Plazo.....	37
3.2.6 Localización física.....	37
3.2.7 Población beneficiada.....	37
3.2.8 Actividades y calendarización.....	37
3.2.9 Recursos.....	38
3.3 Implementación	38
3.3.1 Promoción.....	39
3.3.2 Desarrollo de sesiones.....	39
3.3.2.1. Sesión 1: Conociéndonos.....	42
3.3.2.2. Sesión 2: Reconociéndome.....	43
3.3.2.3. Sesión 3: Identificando sentimientos.....	43
3.3.2.4. Sesión 4: Mi escultura.....	44
3.3.2.5. Visita a “Expo tu bebé y tú”.....	45
3.3.2.6. Sesión 6: Pediatra.....	45
3.3.2.7. Sesión 7: Pensar, sentir y actuar.....	46
3.3.2.8. Sesión 8: Dar y recibir.....	47
3.3.2.9. Sesión 9: Estimulación temprana.....	48
3.3.2.10. Sesión 10: Estimulación temprana.....	49
3.3.2.11. Sesión 11: Red social: mis apoyos.....	49
3.3.2.12. Sesión 12: Psicóloga.....	50
3.3.2.13. Sesión 13: Red social: yo apoyo.....	51
3.3.2.14. Sesión 14: Ginecólogo.....	52
4. Evaluación.....	54
4.1 Tipo de evaluación.....	55
4.2 Estrategia de evaluación.....	56
4.3 Resultados de la evaluación.....	57
CAPITULO 3.....	70
5. Resultados.....	70
5.1 Alcances y limitaciones del proyecto.....	70
5.2 El Proyecto y el Trabajo Social.....	74
6. Recomendaciones.....	77
6.1 Posibles líneas de intervención futura.....	77
6.2 Sugerencias.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	80
ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

TABLAS:

Tabla 1. Porcentaje de mujeres de 12 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo.....	5
--	---

FIGURAS:

Figura 1. Organigrama de la Fundación Adelaida Lafón A.C.....	23
Figura 2. Recursos de la institución.....	24
Figura 3. Fases del proyecto.....	29
Figura 4. Árbol de Problemas.....	33
Figura 5. Esquema PAM-CET.....	35
Figura 6. Cuadro de organización de sesiones de proyecto.....	40
Figura 7. Fases en la evaluación de programas.....	55
Figura 8. Matriz de marco lógico.....	56
Figura 9. Método de planificación familiar.....	65
Figura 10. Relación entre acciones, pensamientos y sentimientos.....	65
Figura 11. Refuerzos positivos.....	66
Figura 12. Fuente de apoyo.....	67
Figura 13. Control del niño sano.....	67
Figura 14. Menú de alimentación.....	68
Figura 15. Ejercicios de estimulación.....	68
Figura 16. Ejemplificación de refuerzos positivos.....	69
Figura 17. Puntuaciones del cuestionario de bienestar subjetivo de Eysenck.....	71

GRÁFICOS:

Gráfico 1 Temas de interés.....	31
Gráfica 2. Emplear tiempo en relaciones sociales.....	58
Gráfica 3. Parar las preocupaciones.....	59
Gráfica 4. Desarrollar una personalidad saludable.....	60
Gráfica 5. Desarrollar una personalidad extrovertida y social.....	61
Gráfica 6. Eliminar sentimientos negativos y problemas.....	62
Gráfica 7. Relaciones íntimas.....	63
Gráfica 8. Nivel general de felicidad.....	64

En un extremo se encuentran los adolescentes menores (10 a 14 años) que tal vez se encuentran física, cognitiva, emocional y comportamentalmente más cercanos al niño que al adulto. Los adolescentes tempranos apenas comienzan a formar su identidad, la cual es modificada por influencias internas y externas. Signos de maduración física aparecen durante este periodo. Como adolescentes jóvenes se hacen conscientes de su sexualidad, puede ser que comienzen a experimentar con el sexo. También podrían experimentar con sustancias como el alcohol, tabaco o drogas.

Durante la adolescencia media (15-18 años), los adolescentes comienzan a desarrollar ideales y seleccionan modelos de vida. Los iguales son muy importantes para los adolescentes en este grupo de edad y están fuertemente influenciados por ellos.

En el otro extremo del espectro está la adolescencia mayores (17 a 19 años) que actúan como adultos, pero no han alcanzado cognitiva, comportamental y emocionalmente la madurez. Mientras que pueden tomar decisiones independientes y comenzar familias, ellos continúan beneficiándose de la influencia de modelos de

CAPITULO 1

1. Antecedentes

En marzo de 2007 Fundación Adelaida Lafón A.C. (FUALAC) comenzó proyectos sobre prevención y atención de embarazo en adolescentes gracias a un financiamiento extranjero recibido para desarrollar trabajo en esta línea.

Fue ésta una forma de retomar la prestación de servicios comunitarios a personas de este grupo de edad, que había cesado años atrás.

Entre las actividades establecidas se conformó un grupo de adolescentes embarazadas que ofrecía información y apoyo durante el tiempo de gestación. Se trabajó en periodos semestrales de manera cíclica, comprendiendo entre cinco y diez el número de integrantes por ciclo.

Las participantes del grupo que concluyó en diciembre de 2008 manifestaron a la institución su interés en atención posterior al nacimiento de sus bebés por lo que en respuesta a esta solicitud se definió el presente proyecto.

1.1 Definición del problema a resolver

La adolescencia, según lo establece la OMS¹, es el periodo que comprende de los 10 a los 19 años, siendo la llamada adolescencia temprana de los 10 a los 14 años y la tardía de los 15 a los 19 años de edad.

La adolescencia, como etapa de los seres humanos, marca el inicio de la transición de la infancia a la adultez en aspectos que van desde lo físico hasta lo psicológico, emocional y social; habiendo una marcada transformación en lo relacionado a la sexualidad pues es cuando comienzan los primeros contactos a nivel corporal y las relaciones sexuales.

El espectro que va de los 10 a los 19 años es muy amplio; hay una gran diferencia entre una persona con 10 años de edad y una de 19. La UNFPA² en una de sus publicaciones señala tres estadíos:

¹ Organización Mundial de la Salud.

² Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El CONAPO³ estima que el incremento de jóvenes entre 15 y 24 años es una constante

En un extremo se encuentran los adolescentes menores (10 a 14 años) que tal vez se encuentran física, cognitiva, emocional y comportamentalmente más cercanos al niño que al adulto. Los adolescentes tempranos apenas comienzan a formar su identidad, la cual es moldeada por influencias internas y externas. Signos de maduración física aparecen durante este periodo. Como adolescentes jóvenes se hacen conscientes de su sexualidad, puede ser que comiencen a experimentar con el sexo. También podrían experimentar con sustancias como el alcohol, tabaco o drogas.

Durante la adolescencia media (15-16 años) los adolescentes comienzan a desarrollar ideales y seleccionan modelos de rol. Los iguales son muy importantes para los adolescentes en este grupo de edad y están fuertemente influenciados por ellos.

En el otro extremo del espectro están los adolescentes mayores (17 a 19 años) que pueden verse y actuar como adultos, pero no han alcanzado cognitiva, comportamental y emocionalmente la madurez. Mientras que pueden tomar decisiones independientes - podrían trabajar, su identidad sexual está solidificada y podrían incluso casarse y comenzar familias- ellos continúan beneficiándose de la influencia de modelos de roles adultos así como de la familia y las estructuras sociales para ayudarse a completar la transición a la adultez. (UNFPA, 2009:6)

Lo común a los tres momentos señalados es la transformación y el cambio, que si bien son propios a los seres humanos, la adolescencia en sí misma es transformación y cambio.

Habiendo señalado a qué nos referimos al hablar de adolescencia, a continuación se mencionan ciertos hechos que nos permiten ver a la maternidad adolescente como una problemática, la cual enmarca el problema a resolver por el presente proyecto.

1.1.1 Incremento del número de adolescentes

Si bien el porcentaje de jóvenes (personas entre los 15 y 24 años) a nivel mundial muestra una tendencia a la baja con respecto al total de población, en números absolutos la cantidad de individuos en este rango de edad se incrementa año con año. La ONU³ reporta que en 1985 la población joven era de 951 millones y representó el 19.4% del total de población. Una década después la cifra fue de 1,019 millones y el porcentaje bajó a 18%. Se calcula que para el año 2025 habrá 1,222 millones representando el 15.4%. Actualmente una persona de cada cinco tiene entre 15 y 24 años.

En el informe sobre el estado de la población mundial 2011, el UNFPA señala que las personas de hasta 24 años de edad conforman casi la mitad de los 7,000 millones de habitantes del planeta. Los adolescentes (entre 10 y 19 años) suman 1.200 millones.

Es ante esta realidad que los gobiernos requieren aumentar la atención y sus compromisos para atender las necesidades de este segmento poblacional que precisamente se encuentra, como apunta Peñaloza (2010:2), entre los grupos socialmente más vulnerables.

En México, INEGI⁴ reporta, según el Censo de Población y Vivienda 2010, una población total de 112,336,538 millones siendo 21,966,049 millones de personas que se encuentran entre los 10 y 19 años de edad. Esta cifra representa el 19.5%.

³Organización de las Naciones Unidas.

⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

El CONAPO⁵ estima que el incremento de jóvenes entre 15 y 24 años es una constante hasta a comienzos de la segunda década del siglo XXI. El 2012 será el año en que la población joven alcanzará su máximo histórico sumando un total de 33,911,530 millones de personas entre los 12 y 29 años. Entre el año 2000 y 2020 el grupo más grande de población será el de 10 y 19 años, es decir los adolescentes.

1.1.2 Incremento en la actividad sexual

En una investigación realizada por organizaciones vinculadas al tema de la sexualidad en la adolescencia y juventud (AFLUENTES SC y CNEGSR. 2005) se menciona que los datos confirman prácticas más tempranas, diversas, abiertas y permisivas.

La UNFPA reporta que:

A nivel mundial, las y los adolescentes llegan a la pubertad antes, se casan más tarde y tienen más sexo premarital. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre los adolescentes, sin embargo, es más del doble que el de las mujeres casadas. Un tercio de las mujeres en todo el mundo dan a luz antes de los 20 años. Cinco millones de adolescentes entre las edades de 15 y 18 años tienen abortos inseguros cada año y 70.000 muertes relacionadas con el aborto se producen entre este grupo de edad todos los años. La mitad de nuevas infecciones por VIH se producen en personas entre 15 a 24 años de edad, y un tercio de los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables afectan a personas menores de 25. (UNFPA, 2009:6)

El aumento de la actividad sexual entre los adolescentes con su inicio cada vez más temprano se atribuye a diversos factores. Monroy y otros (2002:127) señalan, además de la reducción en la edad de inicio de la menarquía, que los estilos de vida actuales reducen ataduras sociales tradicionales en la mayoría de las sociedades como la información que los adolescentes obtienen sobre diferentes formas de comportamiento sexual debido a la globalización de los medios de comunicación masiva y el turismo, la urbanización de las grandes ciudades que favorece el anonimato, las familias en que ambos padres trabajan.

La Encuesta Nacional de Juventud 2010 indica que 1 de cada 3 jóvenes entre los 15 y 19 años ha tenido relaciones sexuales y La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en su edición 2012 expone las cifras que muestran el incremento del porcentaje de adolescentes entre los 12 y 19 años de edad que han iniciado vida sexual. Señala que en el 2012 alcanza 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. La cifra reportada en la ENSANUT 2006, es de un 15% de adolescentes de entre 12 y 19 años que habían iniciado vida sexual, 17% entre los hombres y 14% entre las mujeres, y en la ENSA 2000 se registró 17% para el total, 17.5% entre los hombres y 16% entre las mujeres (ENSANUT,2012).

1.1.3 Incremento de embarazo adolescente

Uno de los principales riesgos que conlleva el inicio de la vida sexual para los adolescentes es el embarazo no deseado. Éste es resultado de satisfacer la curiosidad o experimentar aquello que se descubre como nuevo en la persona. Aguilar así lo dice: “En muchas ocasiones lo que comienza siendo casi un juego acaba con un bebé más en el mundo” (Aguilar y otros, 2005:410).

⁵ Consejo Nacional de Población.

La OMS reporta que alrededor de 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años de edad dan a luz cada año, lo que representa un 11% aproximadamente del total mundial. El 95% de estos nacimientos ocurren en los países de bajo y mediano ingreso. La tasa promedio de nacimientos en adolescentes en los países de mediano ingreso es más de dos veces superior que el de los países de alto ingreso, mientras que la tasa en los países de bajo ingreso es cinco veces más alta.

En Latinoamérica y el Caribe la proporción de los nacimientos que se presentan durante la adolescencia es del 18%, contrastado con un 2% en China y más del 50% en África Subsahariana. En los países de bajo y medio ingreso, casi 10% de las jóvenes se convierten en madres para los 16 años.

En México, el Programa Nacional de Salud (2007:70) refiere que la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por 1,000. Se calcula que entre 30% y 60% de estos embarazos terminan en abortos inducidos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) estima que alrededor de 695 mil mujeres entre los 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, representando el 7.8% de la población femenina de este grupo de edad. Además, establece que la tasa de embarazo en el grupo de 12 a 15 años fue de 6 por cada 1,000; en el grupo de 16 y 17 años la tasa aumentó a 101 embarazos por cada 1,000 y el incremento mayor se da en el grupo de 18 y 19 años quienes presentan una tasa de 225 embarazos por cada 1,000 mujeres.

Datos de las estadísticas de natalidad en el 2008 se registraron 457 mil 229 partos en menores de 20 años, lo que representa el 17.4% del total de nacimientos registrados ese año. De los nacimientos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad 76.6% de los casos se trató de su primer hijo, 18.4% de su segundo hijo y en un 3.5% de su tercer hijo (INEGI, 2008).

Para 2009, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica calculó un total de 5 millones 264 mil 133 adolescentes entre 15 y 19 años, representando el 19.1% de las mujeres en edad reproductiva. Esta misma encuesta muestra que en México, en el trienio 2006-2008, las mujeres de 15 a 29 años de edad aportaron el 70.4% de la fecundidad registrada en el periodo, siendo uno de cada siete nacimientos (15.7%) de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad.

La información del censo de 2010 señala que del total de jóvenes, casi cuatro de cada diez (37.1%) son adolescentes de 15 a 19 años. Si se analiza la fecundidad acumulada se observa que en 2010, una de cada ocho adolescentes (12.4%) ha tenido al menos un hijo nacido vivo, 83.8% tiene uno y 14.2% tiene dos. La tasa de fecundidad para las adolescentes entre los 15 y 19 años la señala en 56.7 por cada mil. (INEGI:2012)

En el caso del Estado de Nuevo León, el titular del periódico Milenio del viernes 20 de julio de 2007 fue: "En NL 32% de embarazos son de adolescentes"; y en la página 4 el artículo de Lorenzo Encinas inicia: "Invisible para la mayoría, el embarazo en la adolescencia se considera un problema médico-social donde se pone en riesgo la vida de la madre, así como del hijo".

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, en Nuevo León habitan 809 mil 142 personas entre los 10 y 19 años.

Datos del Inmujeres⁶ del año 2005, arrojan una tasa de fecundidad adolescente⁷ de 52.6 para Nuevo León y de 59.6 a nivel nacional, siendo el porcentaje de mujeres adolescentes con al menos un hijo nacido vivo a nivel estatal de 7 y de 7.1 nacional. El mismo Instituto indica que en el 2010 la tasa de fecundidad adolescente neolonesa es de 62.4 y en el país de 66.0 y el porcentaje de mujeres entre los 12 y 19 años con al menos un hijo nacido vivo es de 8 tanto a nivel local como federal.

En el caso del Programa Nacional de Salud vigente (2007-2012-39) el embarazo en Revisando a detalle dicho porcentaje entre los municipios que conforman el área metropolitana se presentan grandes variantes. En la tabla 1 se aprecia que en el año 2005 García tiene un 12%, siendo el porcentaje más alto también para el año 2010 presentando además un ligero incremento de un poco menos de medio punto porcentual. Por otro lado, San Pedro Garza García tiene el porcentaje más bajo con un 3.6% en el 2005 y un 3.7 en el 2010.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres de 12 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo

Municipio	Año 2000	Año 2005	Año 2010
Apodaca	8.4	7.3	7.4
García	14.6	12	12.4
General Escobedo	9.4	8.2	9.5
Guadalupe	6.2	6.4	6.8
Juárez	9.7	8.7	10.3
Monterrey	6.9	7.2	7.7
San Nicolás de los Garza	4.3	4.5	4.8
San Pedro Garza García	3.4	3.6	3.7
Santa Catarina	8.1	7.5	8.1

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005.

Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

Cabe señalar que con respecto al año 2000, el primer municipio mencionado tuvo un descenso porcentual y el segundo presentó un ligero incremento en el 2005 y para el 2010 todos los municipios presentan alzas; el más significativo es de poco más de punto y medio porcentual en Juárez superando la cifra del año 2000, seguido por General Escobedo con

⁶ Instituto Nacional de las Mujeres

⁷ Número de hijos nacidos vivos por cada 1000 mujeres que tienen entre 15 y 19 años de edad.

un incremento de 1.3 puntos porcentuales rebasando solo por .1 el porcentaje en el año 2000.

La vida cambia radicalmente para la nueva madre que ha de combinar la vivencia de su Para Monroy y otros (2002:128) la fecundidad en la adolescencia (además de la alta incidencia del VIH en estas edades) está ocupando la atención de los servicios de salud en el mundo, por el incremento que las cifras expresan de los nacimientos de madres menores de 19 años en que las estadísticas demuestran que existen mayores riesgos de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el hijo.

En el caso del Programa Nacional de Salud vigente (2007-2012:39) el embarazo en adolescentes es catalogado como un problema que merece atención prioritaria mencionando que "el riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años".

1.1.4 Maternidad adolescente

No cabe duda que desde el punto de vista sanitario, el embarazo en la adolescencia constituye un gran problema. No sin razón la OMS lo considera de alto riesgo, pues además se suman los puntos de vista socioeconómico y afectivo que resultan afectados tanto durante el embarazo como posteriormente; lo que puede desembocar en la disminución o pérdida de oportunidades para el desarrollo personal de la adolescente.

Si bien es preocupante la manera en que los adolescentes conducen su sexualidad y esto representa una fuente de múltiples problemas, entre ellos el ya mencionado embarazo, es también de vital importancia enfocar esfuerzos contra las problemáticas desencadenadas en quienes son madres adolescentes y los hijos de éstas.

Suele hacerse hincapié en los riesgos que durante la gestación y el parto corren tanto la adolescente como el bebé. Con frecuencia se describen las complicaciones físicas vinculadas con la temprana edad de la madre o con algunas de las condiciones comunes en este grupo etario como el consumo del cigarro, alcohol o drogas.

Pero una vez superada la etapa del embarazo y nacimiento, con todas las contrariedades que pudieran presentarse, hay que dirigir la mirada a las situaciones que las adolescentes enfrentan al tener a su bebé en brazos.

La satisfacción óptima de los aspectos emocional, económico, educacional y social de un hijo es una enorme responsabilidad que recae en los adolescentes quienes carecen de madurez debido al momento de desarrollo en el que se encuentran. Los aspectos biológicos de la maternidad adolescente son superables con éxito, mientras que los efectos sociales y psicológicos son los factores en que se suscitan la mayoría de los conflictos. Por ello, Monroy y otros (2002:129) anteponen lo social y psicológico sobre lo biológico debido a que lo relacionado con éste puede prevenirse con un manejo correcto prenatal mientras que las consecuencias sociales afectan la vida del adolescente y el hijo a largo plazo.

A continuación se describen algunas de las repercusiones con mayor incidencia en la conformación de la maternidad adolescente como una problemática.

Uno de los factores asociados a la deserción escolar es la maternidad: "las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes son más propensas que otras chicas a abandonar la escuela" (UNFPA, 2007: 8).

1.1.4.1 Psicosocial

La vida cambia radicalmente para la nueva madre que ha de combinar la vivencia de su condición de adolescente con la crianza de un hijo que requiere cuidados físicos y emocionales. Novel y otros (2005:145) refieren que existen una serie de estresores que pueden comprometer seriamente el crecimiento y desarrollo de los adolescentes cuando éstos se enfrentan repentinamente al rol de padres. En este sentido, afecta tanto el hecho de que haya sido un embarazo deseado como el que no lo fuera, pues seguramente las motivaciones para desearlo estaban relacionadas con la búsqueda de la satisfacción de necesidades personales que ni la experiencia del embarazo ni de la maternidad cubren.

En algunos casos el embarazo produce aislamiento del grupo de amigos, en otros, la misma condición física o las nuevas obligaciones como madre producen la separación, lo que conlleva consecuencias que afectan la construcción de su identidad personal, pues como lo mencionan Coleman y otros (2003:166) justamente en la adolescencia los amigos y el grupo de iguales juegan un rol de vital importancia en el desarrollo ya que están en formación tanto las destrezas sociales como la identidad.

Por otro lado, es común encontrar como intento de resolver el problema de embarazo, que los adolescentes contraigan matrimonio o vivan en pareja. Bien sea por decisión propia o por la presión familiar, pero como señalan Aguilar y otros, (2005:412) las incidencias de abandono, abuso, separación y divorcio son cuatro veces más altas entre las mujeres que se casan de adolescentes que entre las que lo hacen después de los 20 años. Así que esta aparente solución podría sumarse a la lista de conflictos que la madre adolescente ha de enfrentar.

Con frecuencia la adolescente y su bebé quedan al cuidado de su familia y de presentarse que el padre asuma su rol, puede ser que él tenga que vivir en casa de sus suegros o que sean todos recibidos en su casa. Esta nueva dinámica como familia extensa trae consigo ciertas problemáticas con las que la adolescente tendrá que lidiar y entre las cuales, como Gutiérrez (2006:79) menciona, está la exigencia o presión de cumplir con un estereotipo de buena madre que entra en conflicto con sus propios deseos de recreación y disfrute de su etapa como adolescente.

La relación de la adolescente con su familia y en particular con su madre es un punto crucial. La dinámica entre la abuela y la madre adolescente puede ser un factor estresante para la ya complicada situación de ésta última. Existen resultados de investigaciones que al señalar esta relevancia (Chase-Lansdale y cols., 1994, citado por Coleman y otros, 2003:124) mencionan que las madres que conviven con sus propias madres manifiestan altos niveles de estrés y que los bebés y los niños pequeños que viven en estas circunstancias tienen un menor rendimiento intelectual, pero en otro sentido, (Dennison y Coleman, 1998 citado por Coleman y otros, 2003:124) indican que las mejores relaciones dependen de la validación de las abuelas de la capacidad educativa de sus hijas, y un reconocimiento de su madurez y necesidad de independencia.

1.1.4.2 Educativo

Uno de los factores asociados a la deserción escolar es la maternidad: “las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes son más propensas que otras chicas a abandonar la escuela” (UNFPA, 2007: 8).

El truncar su formación académica para una adolescente conlleva consecuencias inmediatas como el aislamiento del grupo de iguales, pero también se compromete el futuro bajo una posición de desventaja. “El embarazo y la crianza del niño, independientemente del estatus marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, ascensos...” (Monroy y otros 2002:129)

La falta o abandono de la escolarización además de generar desventajas laborales repercute en las opciones para el desarrollo personal y humano pues la educación va más allá que la adquisición de meros conocimientos académicos:

Las mujeres con mayor educación, cuentan con más recursos para tomar decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, orientándose, cada vez más, hacia una maternidad deseada y en mejores prácticas de nutrición y salud, que se observa en tasas más altas de sobrevivencia infantil. En el plano laboral la alta educación se vincula con el incremento de expectativas personales, de proyección en el trabajo, así como en la amplitud de la gama de actividades que están dispuestas a realizar; además de que tienen mayores probabilidades de incorporarse y permanecer en el mundo laboral formal, ganar un salario más alto y contribuir más directamente a la productividad económica de las naciones.(INEGI, 2012:65)

1.1.4.3 Económico

Otro estresor importante es el aspecto financiero. A los gastos del hogar se suman los de un nuevo miembro que tiene consecuencias inmediatas pero también a largo plazo, pues finalmente será una responsabilidad por lo menos los siguientes 15 años.

En este sentido varía la situación de cada adolescente: en algunas ocasiones sus padres son los que asumen los costos, también está la posibilidad de que hayan decidido vivir en pareja los nuevos padres y que el adolescente se comprometa en este sentido. A veces la decisión de vivir juntos implica que sean recibidos en casa de los suegros de la adolescente. En la peor de los casos, la adolescente puede encontrarse sola teniendo que cubrir a como dé lugar su sustento y el de su hijo.

En México según el Instituto Nacional de la Juventud (2008:29), 37 de cada 100 mujeres se embarazaron por primera vez a los 14 años y consiguieron su primer empleo después de los 15 años y 19 de cada 100 jóvenes que tuvieron su primer trabajo a los 22 años se embarazó a los 16 años. En el caso de los hombres, 13 de cada 100 jóvenes que consiguieron su primer trabajo a los 20 años, embarazo a alguien un año antes. La trascendencia de estas cifras recae principalmente en que esta situación pone en riesgo la estabilidad futura de los jóvenes ya que truncan su preparación y con ello limitan sus posibilidades de desarrollo.

INEGI⁸ en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2011 reporta que la población femenina económicamente activa entre los 14 y 19 años es de 1,312,214. El 11.57% tienen uno o dos hijos.

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

1.1.4.4 Consecuencias en los hijos de adolescentes

Además de las dificultades descritas anteriormente que se presentan en la vida de la adolescente al asumir su rol de madre, se encuentran repercusiones en los hijos de padres adolescentes.

Se sabe que los neonatos requieren ciertas condiciones para un desarrollo óptimo, por ejemplo Lefrancois (2000:126) dice que éste depende en gran medida de una nutrición adecuada y estímulos ambientales apropiados. También la dimensión afectiva influye en el bienestar del bebé quien requiere de experiencias afectivas con sus padres, pues como refieren De la Cerda y otros (2000:256) de carecer de las mismas corren el riesgo de presentar dificultades crónicas en el establecimiento de relaciones emocionales.

Incluso existen estudios como el realizado a nivel nacional en Estados Unidos (Korenman y otros, 1995, citado por Woolfolk, 2006:106) que pone de manifiesto que la falta de apoyo emocional y de estimulación cognoscitiva para los niños en el hogar son responsables de entre una tercera parte y la mitad de las desventajas en las habilidades verbales, lectora y en matemáticas de los niños pobres. Esto es ya una consecuencia a largo plazo que puede presentarse como resultado de haber sido un bebé de madre adolescente.

Según Issler (2001) los hijos de las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Las necesidades que presentan los niños desde el inicio de su vida e incluso a lo largo de ésta pueden estar precisamente en contraposición a aquello que una madre adolescente le ofrece a su hijo, tal vez porque existen aspectos tan sutiles que pueden pasar desapercibidos para ellas como algo necesario para sus niños.

Diversos estudios (Levine y otros, 1985; Zeanah y otros 1997, citados por López y otros, 2000:283) destacan que en la interacción con sus hijos, las madres adolescentes en comparación con madres de mayor edad, tienden a sonreír menos, mantienen escaso contacto ocular con sus bebés y escaso contacto físico positivo, hablan menos, dan más órdenes, son más autoritarias y proporcionan respuestas menos elaboradas, descriptivas y pobremente articuladas. También manifiestan mayor pasividad en las interacciones cara-a-cara, y obtienen puntajes más bajos en los Estados Conjuntos Afectivos, así como estimulación, flexibilidad, motivación, actitudes positiva y en las conductas de maternaje en general. También se ha observado que son menos comprometidas, con menores habilidades y muestran mayor insatisfacción. Sus hijos hablan menos y son más propensos a presentar un desarrollo cognoscitivo y lingüístico más pobre.

Por otro lado, Novel y otros (2005:145) consideran que los niños de padres adolescentes son un grupo de riesgo pues suelen sufrir problemas emocionales como la baja capacidad para establecer relaciones interpersonales, conducta agresiva o inhibida pero también hablan de las dificultades con el cumplimiento de las normas que pueden llevar a problemas con la ley.

Algunos autores refieren el maltrato de los niños como otro de los riesgos que puede presentarse por la maternidad adolescente:

algunas investigaciones encuentran que un porcentaje mayor de madres maltratantes (40 por 100) tuvieron su primer hijo por debajo de los 20 años, en relación con otros grupos de madres con alto y bajo riesgo de maltrato (26 y 13 por 100, respectivamente). Otros estudios encuentran que un 36-55 por 100 de todos los niños maltratados provienen de madres adolescentes, quizá porque existen numerosas similitudes contextuales entre la maternidad en la adolescencia y el maltrato infantil (nivel socioeconómico, aislamiento social, pobre entendimiento del niño, etc.). (Casado y otros, 1997:253).

Todos los aspectos antes mencionados llaman la atención hacia la urgencia de apoyo que requiere una adolescente que se convierte en madre, pues es evidente que las repercusiones la afectan tanto a ella como al hijo y no sólo en su etapa de bebé si no que se extienden a lo largo de su vida como en el desempeño escolar o en sus relaciones emocionales. La claridad sobre las áreas de oportunidad y las fortalezas puede permitir el propiciar tener algún tipo de incidencia sobre éstas.

El presente proyecto identifica la carencia de orientación que sufren las madres adolescentes a las que FUALAC atiende, por lo que su finalidad es brindar el apoyo que requieren al estar inmersas en la problemática anteriormente descrita.

Si bien no se abordan todos los factores incidentes en las dificultades que enfrentan las participantes, se pretende que de una forma sistematizada e intencionada se inicie una base que brinde soporte haciendo uso de los recursos con los que FUALAC cuenta.

1.2 Vinculación con políticas sociales.

Brindar apoyo y protección a madres adolescentes y sus hijos es un tema contemplado por diversas conferencias, programas y leyes. En algunos se aborda textualmente, otros lo manejan implícito al procurar la atención de la juventud, población vulnerable, adolescentes o niñez tanto en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva como al desarrollo de la familia.

1.2.1 Internacionales

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994:37) del Cairo establece: "La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos".

En este mismo documento se habla del derecho de todos para elegir e informarse sobre la planificación familiar como una forma de disfrutar su sexualidad sin riesgos y decidiendo cuándo procrear en caso de quererlo.

También hace referencia al derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud incluyendo los embarazos y los partos sin riesgos que vean también por la salud de los niños.

Hay una invitación expresa a que gobierno y organizaciones de la sociedad civil establezcan en conjunto programas dirigidos a los adolescentes que atiendan sus necesidades y que en especial provean información, orientación y servicios sobre las

relaciones entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación de la familia, la salud reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual, y prevención del VIH SIDA. También que se consideren problemáticas como los embarazos no deseados y el aborto en malas condiciones.

Esta Conferencia, junto con la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995), atrajo la atención hacia los adolescentes y jóvenes. Recomendó entre otras cosas:

- Proteger y fomentar el derecho de los y las adolescentes a la salud mediante servicios adecuados, concretos y accesibles.
- Fomentar la protección y la promoción de la salud de los y las adolescentes en la que se incluye la salud sexual y reproductiva.
- Asegurar que los programas y las actitudes de los adultos no restrinjan el acceso de los y las adolescentes a los servicios adecuados y a la información que necesiten en cuanto a infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia y abuso sexual.
- Promover la participación de los jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades que repercuten directamente en su vida diaria.

En el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, también se alude a lo anterior en cuanto a la información y servicios que han de recibir los adolescentes para comprender su sexualidad y protegerse. Además se añade la recomendación de combinar estas acciones con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación.

Lo hasta ahora mencionado refleja la preocupación mundial por los adolescentes como humanos en etapa de desarrollo que cuentan con derechos especiales y hace énfasis en la necesidad de respetar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

1.2.2 Nacionales

En México, el Plan Nacional de Desarrollo comprende objetivos, estrategias y acciones que pretenden mejorar la situación de la juventud dentro de la cual se incluyen a los adolescentes. En el objetivo 19, sobre el desarrollo integral de los jóvenes, se establece la estrategia 19.1 tendiente a fomentar el bienestar juvenil e incluye a quienes se encuentran en situaciones especiales:

El desarrollo integral de los jóvenes plantea como premisa fundamental la inclusión de quienes, por situaciones diversas tales como características físicas, geográficas, económicas, de género, entre otras, requieren de atención especial por parte del Estado y de la sociedad en su conjunto. (Plan Nacional de desarrollo, 2007)

El mismo documento, en materia de salud de la población, señala en el objetivo número 6: “Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables”. La estrategia 6.1 para el cumplimiento del mencionado objetivo considera “Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal...” (Plan Nacional de Desarrollo, 2007)

El Programa Nacional de Salud hace referencia textual a la situación de adolescentes: “Dado el alto porcentaje de embarazos en menores de 20 años, los servicios de salud deben

tomar en cuenta de manera prioritaria a los adolescentes en el diseño de sus políticas de salud reproductiva” (Programa Nacional de Salud, 2007:70) y establece la estrategia 2.7 para “promover la salud sexual y reproductiva responsable” proponiéndose: “Implantar un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente. La meta es reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes a 58 nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad” (Programa Nacional de Salud, 2007:97).

La Ley General de Educación también aborda el tema de la salud, la planificación y la paternidad y establece en su Artículo 7-X:

Desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, la planificación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto de la dignidad humana, así como propicias el rechazo a los vicios. (Ley General de Educación)

En lo referente al cuidado de la niñez, en donde obviamente están implícitos los hijos de adolescentes, el Plan Nacional de Desarrollo, en su Objetivo 20, menciona: “Promover el desarrollo sano e integral de la niñez mexicana garantizando el pleno respeto a sus derechos, la atención a sus necesidades de salud, alimentación, educación y vivienda, y promoviendo el desarrollo pleno de sus capacidades”.

La estrategia 2.3 del Programa Nacional de Salud prevé: “Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia”. (Programa Nacional de Salud, 2007:93). Hace mención además que para asegurar el respeto a los derechos de los niños se requiere incorporar los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Dicha Convención reconoce como niño a toda persona menor de 18 años. México como Estado Parte se compromete, entre otras cosas, a: “asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley”. (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989).

La Ley de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en su artículo 40, habla del derecho a la información y establece que:

En cumplimiento de este derecho se establecerán normas y se diseñarán políticas, a fin de que estén orientados en el ejercicio del derecho a que se refiere el artículo anterior. Asimismo, se pondrá especial énfasis en medidas que los protejan de peligros que puedan afectar su vida, su salud o su desarrollo (Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 1999).

Es relevante reconocer que al tratar la problemática de la maternidad adolescente y de los hijos de adolescentes se está procurando para ambos el respeto a los derechos del niño pues, como lo demuestran las cifras expuestas al inicio del capítulo, muchas de las madres adolescentes no son mayores a 18 años.

1.2.3 Estatales de la mencionada ley establece que:

El Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015 (2010:54), menciona entre los problemas que merecen atención, el embarazo en adolescentes. Además considera que “En materia de salud, los retos más importantes se relacionan con la **salud reproductiva** y las adicciones” (Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015, 2010:58) estableciendo como parte de la línea de acción 6 de la estrategia 7.3.1 “...Sensibilizar y concientizar a los **adolescentes** sobre **salud reproductiva** y adicciones”. (Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015, 2010:66)

El mismo documento en su estrategia 7.3.7. “Más Oportunidades de Desarrollo para los Jóvenes”, marca como línea de acción número 2: “Establecer una política transversal de atención a las necesidades específicas de los jóvenes, en las dependencias y entidades de la administración pública estatal, en los ámbitos de educación, cultura, salud reproductiva, prevención de adicciones, deporte y empleo, con especial énfasis en los jóvenes en situación de riesgo”. (Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015, 2010:74)

Por otro lado, La Ley de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado de Nuevo León en su Artículo 50 aborda el tema de la maternidad adolescente:

Los adolescentes que tengan hijos o que estén esperando uno, tienen derecho a protección especial a fin de que logren integrar una familia con esos hijos, criarlos y apoyarlos en su desarrollo.

El Estado establecerá programas especiales, entre los cuales estarán los de:

I. **Prevenir riesgos en embarazos y partos tempranos**, y otros peligros atendiendo a lo dispuesto en el Capítulo Octavo de este título;

II. Evitar a toda costa que se discrimine a las adolescentes en razón de su **maternidad**, particularmente en materias educativa y laboral;

III. Apoyar a los padres y las **madres adolescentes** para que puedan seguir estudiando, a la vez que atienden las responsabilidades inherentes a la crianza y educación de los hijos; y

IV. Asistir a los **padres y las madres adolescentes** a fin de que comprendan la responsabilidad que implican la paternidad y la maternidad, y cumplan con ellas sin violencia y en un ambiente de bienestar. (Ley de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado de Nuevo León)

Entre las acciones que señala la Ley Estatal de Salud, en su artículo 25 sobre la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, tres son específicamente de incumbencia al tema tratante:

I.-La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio;

II.-La atención del niño desde su concepción y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna;

III.-La promoción de la integración y del bienestar familiar; (Ley Estatal de Salud)

El artículo 26 de la mencionada ley establece que:

Las autoridades sanitarias estatales, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I.-Los programas para padres de familia destinados a promover la atención materno-infantil;

II.-Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;

III.-La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas; y

IV.-Las demás que favorezcan la protección de la salud materno-infantil. (Ley Estatal de Salud)

Los fragmentos expuestos en este apartado evidencian que el problema que aborda el presente proyecto es considerado a diferentes niveles y bajo diversas perspectivas para el establecimiento de objetivos, regulaciones y acciones que permitan mejorar la situación de las madres adolescentes y sus hijos.

2. Contexto

2.1 Aspectos sociales del problema

La maternidad adolescente es resultado de múltiples causas. UNFPA señala como los factores de riesgo dominantes a la pobreza y la falta de educación: “las muchachas pobres son mucho más probables dar a luz durante la adolescencia que las muchachas en mejores condiciones” (UNFPA, 2007:7), además:

Casadas o sin casarse, las madres jóvenes son las mujeres jóvenes menos educadas. Investigaciones recientes muestran que los adolescentes en escuela tienen menos probabilidad de tener sexo que los no alistados. Las estudiantes que son sexualmente activas presentan mayor probabilidad de usar contracepción que las no estudiantes. Las mujeres jóvenes menos educadas presentan mayor probabilidad de embarazarse y aquellas adolescentes embarazadas o madres adolescentes que asisten a la escuela tienden más a abandonarla que el resto de muchachas (UNFPA, 2007:7).

Es por ello que el Fondo de población de las Naciones Unidas (2007:14) recomienda atacar las múltiples e interconectadas raíces de la vulnerabilidad principalmente salud, educación y sustento, que implica: el empoderamiento con habilidades de negociación, las redes sociales de soporte y movilidad.

Los habitantes de la zona atendida por FUALAC, incluidos los adolescentes obviamente, se ven afectados por los factores de vulnerabilidad antes mencionados. Los datos al respecto, con los que cuenta la organización, se presentan más adelante en el apartado sobre el perfil del usuario pero debido a que dicha información describe a la población en general fue necesario recopilar las características propias a los adolescentes.

Se construyó una descripción cualitativa del perfil de los adolescentes de la zona a través de la técnica de grupo de discusión, ésta:

trata de reproducir aquello que sucede en la sociedad (macrosituación), a través de un grupo de personas (microsituación) reunidas a propósito por el investigador para hablar sobre un tema. El grupo de discusión funciona como un espejo de la realidad social porque los sujetos, exponiendo sus ideas y debatiendo entre ellos, no hacen más que reflejar sus propias vivencias, pensamientos, posiciones... acerca de una situación o problema concreto (Rubio y otros, 2004:386)

Se organizaron 8 grupos en donde los participantes, al interactuar entre ellos, respondieron preguntas realizadas por el moderador sobre características de los adolescentes de su comunidad. Las temáticas sobre las cuales giró la discusión fueron: educación, economía, esparcimiento, sexualidad, relaciones familiares y problemáticas principales.

Las sesiones se llevaron a cabo entre el 3 y 18 de diciembre de 2008 en el auditorio del Centro Comunitario de la Fundación Adelaida Lafón A.C. en Fomerrey 35 y en la biblioteca de la Escuela Secundaria Técnica #51.

Participaron 82 personas integrados en grupos de la siguiente manera :

- **Grupo 1-** 18 Madres de familia entre los 26 y 52 años de edad que tienen hijos inscritos en el programa de apoyo escolar del Centro Comunitario de Fomerrey 35.
- **Grupo 2-** 8 Madres de familia entre los 19 y 40 años de edad que participan con sus hijos en el programa de educación inicial del Centro Comunitario de Fomerrey 35.
- **Grupo 3-** 9 mujeres entre los 14 y 62 años estudiantes de educación abierta en el Centro Comunitario de Fomerrey 35.
- **Grupo 4-** 5 Jóvenes entre los 18 y 21 años asistentes al grupo de embarazadas del Centro Comunitario de Fomerrey 35.
- **Grupo 5-** 16 Alumnos entre 13 y 15 años pertenecientes a segundo y tercer grado de la Escuela Secundaria Técnica #51
- **Grupo 6 –** 10 Alumnos entre 12 y 13 años pertenecientes a primer grado de la Escuela Secundaria Técnica #51.
- **Grupo 7 –** 9 Alumnos entre 12 y 13 años pertenecientes a primer grado de la Escuela Secundaria Técnica #51.
- **Grupo 8-** 7 Maestros de la Escuela Secundaria Técnica #51.

Cabe señalar que se convocó a 50 padres de familia de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #51 para un grupo de discusión pero ninguno asistió.

A continuación se exponen los resultados organizados de acuerdo a las temáticas abordadas, complementados con datos de la realidad nacional.

2.1.1 Educación

En el caso de las y los adolescentes mexicanos, el INEGI (2012:69) reporta que en 2010 la tasa de asistencia escolar de la población entre los 12 y 14 años para los hombres es de 91.2% y de 91.9% en las mujeres. La situación cambia en el rango de edad de los 15 a los 17 años pues la tasa de asistencia a la educación media superior es de 66.1% para los hombres y 68.0% para mujeres, es decir, sólo un poco más de la mitad de los adolescentes mexicanos.

Estos datos indican una situación que requiere atención urgente, entre otras cosas porque “la educación media superior es la de más alto retorno: el ingreso al bachillerato o preparatoria así como al bachillerato técnico, incrementa la posibilidad de acceso a trabajos mejor pagados una vez concluida la educación y reduce la probabilidad de ser pobre” (Parker 2003, citado por Inmujeres 2006:3).

Diversos son los motivos que provocan en los adolescentes la deserción escolar, algunas situaciones están vinculadas con su entorno, con las características familiares y otras con el sistema educativo. Según Inmujeres (2006:5) la principal causa para abandonar la escuela es la falta de dinero o el tener que trabajar, seguida por no querer o no gustar del estudio. El tercer factor influyente, sobre todo para las mujeres, es la unión con una pareja.

Las más afectadas son las mujeres, ya que ellas representan a la mayoría de quienes “no estudian ni trabajan”. No obstante, pudo observarse que entre esta población inactiva, prácticamente sólo ellas destinan un importante número de horas semanales para el desarrollo de tareas domésticas y de cuidado de menores, lo que sugiere que se trata de esposas-amas de casa, madres o bien, hijas, cumpliendo el rol que tradicionalmente le ha sido asignado a la mujer. Esta situación merma las posibilidades de crecimiento de estas mujeres, ya que difícilmente podrán incorporarse en el mercado laboral, a menos de que lo hagan en empleos de muy baja calificación y, por tanto, de bajos salarios (Inmujeres, 2006:15).

En la zona de atención de FUALAC, del total de adolescentes que inicia la secundaria, sólo alrededor de dos terceras partes la concluye. Los que ya no continúan estudiando después de la primaria o que abandonan la secundaria, buscan trabajo temporal o no realizan actividad alguna.

El 100% de los maestros opinan que en la secundaria es difícil convocar a los padres de familia a reuniones para entrega de calificaciones y otros temas relacionados, pues trabajan o no les interesa.

El 100% de los maestros perciben que al menos una tercera parte de sus alumnos requieren apoyo y orientación en aspectos personales debido a problemáticas que viven en su casa. Ellos no pueden ayudarles como quisieran debido a sus múltiples obligaciones, la escases de tiempo y la cantidad de alumnos por grupo que asciende a 50 en promedio.

2.1.2 Empleo

En relación al ámbito laboral y los adolescentes, la encuesta nacional de juventud 2010 muestra que a nivel nacional, 7 de cada 10 jóvenes han trabajado alguna vez, sin embargo, resalta que el 19.2% lo hizo antes de los 15 años, concordando con la edad a la que los jóvenes abandonan la escuela lo que refleja la falta de oportunidades para que puedan estudiar de tiempo completo.

En el área que FUALAC atiende, los adolescentes dependen económicamente de sus padres. Los hombres son comúnmente obreros, albañiles, taxistas o pequeños comerciantes. Las mujeres son amas de casa, empleadas domésticas o empleadas de comercios. En promedio las familias están conformadas por tres hijos.

2.1.3 Salud

Respecto a la salud de los adolescentes mexicanos, además de lo concerniente a la sexualidad abordado al inicio del presente documento, existen algunos temas que de acuerdo a la secretaría de salud demandan especial atención. Estos son algunos datos al respecto:

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes asciende a 31% (5.7 millones de adolescentes).

Las adicciones son un tema importante. La encuesta nacional de juventud 2005 indica que la edad promedio para empezar a fumar es entre los 15 y los 17 años. El INMUJERES refiere que en la Encuesta Nacional de adicciones 2008 los fumadores activos de entre 12 y 65 años iniciaron el consumo diario de cigarrillos a los 16.7 años en promedio; los hombres a los 16.1 años y las mujeres a los 18.4 años.

La Secretaría de Salud indica que en la población adolescente la prevalencia de tabaquismo es de 7.6%. En las mujeres de 13 a 15 años es de 2.4%, pero en el rango de 16 a 19 años asciende a 9.5%. En este grupo de edad la prevalencia más alta se da en los adolescentes varones que residen en zonas urbanas, en donde alcanza cifras de 23%, equivalentes a casi un millón de adolescentes.

En el caso de la drogadicción:

La droga de mayor consumo es la marihuana, que en promedio comienza a consumirse entre los 15 y 18 años, seguida de la cocaína y otras drogas médicas. Estas últimas son las únicas drogas que las mujeres consumen con mayor frecuencia que los hombres. Existen evidencias recientes que nos hablan de una reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas, así como de un aumento en la disponibilidad de cierto tipo de drogas ilícitas entre la población estudiantil.

Los adolescentes que consumen sustancias ilegales tienen cinco veces más probabilidad de presentar conductas suicidas. Además existe una importante relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos. En más de la mitad de los casos de delito, hay consumo de alcohol previo (Secretaría de Salud, 2007: 45).

En la comunidad atendida por FUALAC, los adolescentes salen con sus amistades, pasando la mayor parte del tiempo en grupos del mismo género pero buscando espacios de convivencia con el sexo opuesto, como en tardeadas o reuniones.

El 100% mencionó que son también puntos de reunión las esquinas, las plazas (tanto parques como centros comerciales) y los cibercafé.

Entre los intereses se encuentra la música, el pasar tiempo en grupo y para las mujeres la moda.

Se hace distinción entre los adolescentes que estudian y los que no. Es más común encontrar a quienes no estudian congregados en calles y esquinas, mientras que quienes estudian también se reúnen en casas y frecuentan los lugares antes mencionados; además los hombres juegan fútbol y basquetbol.

Hay adolescentes involucrados en pandillas a las que se atribuyen los grafitis que cubren muchas de las paredes en la comunidad, las peleas callejeras nocturnas y la drogadicción. Entre los adolescentes afectos a las drogas, los inhalables son muy socorridos, debido a su bajo costo.

El robo es la forma principal de obtención de dinero que utilizan los miembros de las pandillas; por lo que concierne a las mujeres, se recurre a la prostitución.

Las madres de familia de los grupos 1, 2 y 3 expresan que los hijos en etapa de adolescencia difícilmente dialogan con ellas sobre sus problemas, aunque la comunicación sigue siendo mayor con las madres que con los padres. Identifican que si desde niños fueron cercanas a sus hijos es más fácil que lo continúen siendo en su adolescencia.

A las madres, en esta etapa de la vida de sus hijos, les resulta más difícil disciplinarlos, pues ellos presentan rebeldía. En algunos casos no logran que permanezcan en la escuela y que dejen ciertas amistades consideradas dañinas.

Los grupos de discusión 1,2,3 y 8, es decir el 47% de los participantes, también perciben como problemática la relación cada vez más permisiva que tienen hombres y mujeres; éstas desembocan en relaciones sexuales y a veces en embarazos.

El 95% de los participantes identifica el inicio de las relaciones de noviazgo a partir del ingreso a la secundaria. La edad promedio de inicio de la vida sexual es entre los 14 y 15 años.

Las adolescentes que resultan embarazadas normalmente promedian una edad de 15 años. En caso de que resuelvan vivir en pareja lo hacen en casa de alguna de las dos familias. Si el padre adolescente no se responsabiliza, las adolescentes siguen viviendo en su casa dependiendo de su familia y generalmente dedicándose al hogar.

El 30% considera que la mayoría de las adolescentes no asumen la responsabilidad total de los niños y quieren seguir llevando su vida como antes del embarazo. Ante esta situación las abuelas intervienen frecuentemente presentándose constantemente discusiones y desacuerdos.

Habiendo presentado las características de los adolescentes del área de influencia de FUALAC, a continuación se presenta a dicha organización.

2.2 Institución donde se implementó el proyecto

La institución en que se desarrolló el proyecto es la Fundación Adelaida Lafón A.C. (FUALAC) perteneciente a la rama de salud comunitaria del grupo hospitalario Christus Muguerza.

2.2.1 Conocimiento general de la institución

El proyecto se realizó en la Clínica y Centro Comunitario Fomerrey 35, ubicado en calle de los Colonos S/N en la Colonia Fomerrey 35, Municipio de Monterrey, Nuevo León. En este domicilio se encuentran también las oficinas generales.

Contenido tomado del Modelo de Servicios Comunitarios Adelaida Lafón de Muguerza A.C.

La organización cuenta además con otra clínica en Monterrey, en la colonia Fomerrey 109, una clínica en Zuazua Nuevo León, una clínica en Saltillo Coahuila, clínica en Chihuahua, Chihuahua, una clínica en Huichihuayán San Luis Potosí y un hospital en Tampamolón Corona, San Luis Potosí.

La fusión del Hospital Muguerza con Christus Health se lleva a cabo en el año 2000 y para El Radio de acción de la clínica de Fomerrey 35 comprende varias colonias: se agrupa entre otras instituciones a:

- Tierra Propia Fomerrey 35.
- Nueva Escobedo.
- Colinas del Topochico.
- CROC.
- Nuevo CROC.
- Valle San Martín Fomerrey 24.

2.2.2 Aspectos de la organización

A continuación se presentan seis apartados⁹ que permiten adquirir una panorámica general del ser y que hacer de la institución.

2.2.2.1 Antecedentes Históricos

Fue en 1934, cuando motivados por su fe católica, Don José A. Muguerza y su esposa Doña Adelaida Lafón fundaron el Hospital Muguerza con la plena convicción de brindar servicios de salud con un alto sentido humano, siendo apoyados por las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado.

La congregación había llegado a México proveniente de San Antonio Texas en noviembre de 1931 para apoyar a los Caballeros de Colón en la administración de un Hospital llamado "San Salvador". Cuando dicho lugar cerró sus puertas que Don José A. Muguerza y Doña Adelaida Lafón de Muguerza solicitaron a la Congregación de San Antonio hacerse cargo de la dirección del Hospital Muguerza.

Las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado nacieron cuando Mons. Claudio María Dubuis, Obispo de la Diócesis de Texas, urgido por las ingentes necesidades de su Diócesis, quiso buscar, en el año de 1866, religiosas que fueran a hacerse cargo de, según lo expreso él en la carta que les dio origen: "Nuestro Señor Jesucristo sufriendo en una multitud de personas pobres, enfermas y desvalidas de todas clases, espera el alivio de vuestras manos".

Debido a las múltiples necesidades, a lo accidentado del territorio y los pobres y escasos medios de comunicación de la época las Hermanas se dividieron en dos grupos con sede en Houston y San Antonio, Texas. Fue hasta septiembre de 1997 que ambas Congregaciones anunciaron sus planes de unir los dos sistemas de salud patrocinados por ellas, lo que se logró el 1° de febrero de 1999, constituyendo así Christus Health, con sede en Dallas, Tx.

Christus Health es un sistema de salud no lucrativo, que cuenta con más de 40 hospitales y 60 sanatorios, clínicas ambulatorias y otros servicios de salud, en más de 70 ciudades en

⁹ Contenido tomado del *Modelo de Servicios Comunitarios Adelaida Lafón de Muguerza A.C.*

Texas, Louisiana, Arkansas, Oklahoma y UTA, está catalogado como uno de los diez mejores Sistemas Católicos de Salud en Estados Unidos de Norteamérica, figurando entre las 100 mejores redes integrales de salud.

La fusión del Hospital Muguerza con Christus Health se lleva a cabo en el año 2000 y para el año 2012 el Grupo Christus Muguerza es un sistema integral de salud que agrupa entre otras instituciones a:

- Christus Muguerza Alta Especialidad.
- Christus Muguerza Hospital Conchita.
- Chrsitus Muguerza Sur.
- Christus Muguerza Saltillo.
- Chrsitus Muguerza Chihuahua.
- Christus Muguerza Reynosa.
- Escuela de Enfermería.
- Fundación Adelaida Lafón, A.C.
- Centro de Rehabilitación y Clínica del Dolor.
- Clínica Christus Muguerza Allende.
- Centros de Atención Médica.
- Ambulancias 7/24.

En abril del año 2001 se constituye la institución bajo el nombre de Servicios Comunitarios Adelaida Lafón A.C., y en julio del mismo año se inaugura la primera Clínica y centro comunitario en Fomerrey 35. Un año después, el 16 de julio del 2002, fue abierta la unidad ubicada en Fomerrey 109.

Para hacer realidad esto, fueron convocadas a sumarse otras instituciones con quienes se realizaron acuerdos y firmaron convenios. El Municipio de Monterrey, quien otorgó en comodato los dos inmuebles de Monterrey, el DIF Estatal, quien a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) apoyaron con la creación de la unidad de Rehabilitación en Fomerrey 35, con el DIF Municipal para el manejo y operación de la Cocina Comunitaria, de diversas actividades deportivas y de manualidades, con la Secretaría de Salud para el apoyo en programas prioritarios, con la Universidad de Monterrey para el Servicio Social de Medicina, así como para el apoyo del Centro de Salud y Desarrollo (CESADE), del Centro Autogestivo de Educación Inicial (CAEI) y Campamento de Verano.

Los servicios se extendieron hasta la Huasteca potosina, hogar de indígenas Tének y Náhuatl. El 5 de octubre de 2003 en el Auditorio Municipal de Tampamolón Corona se llevó a cabo un "Encuentro de Conocimiento y Diálogo entre Diversos Grupos de 20 Comunidades Indígenas Tének y Náhuatl, Autoridades Civiles, Gubernamentales, Comunes, Promotoras del Programa Federal Oportunidades, Directivos y Personal de SCALMAC". Entre las necesidades manifestadas por las comunidades se encontraron:

- Integridad, Honestidad, justicia y consistencia en todas nuestras relaciones.
- Atención digna. Que nos traten bien, sin discriminación porque somos pobres.
- Consideración a sus necesidades económicas para el pago de los servicios.
- Respeto absoluto a sus creencias, costumbres y hábitos.
- Respeto absoluto a su forma tradicional de hablar y curarse.

- Presencia todo el tiempo de personal en la clínica del que se pueda aprender.

En Tampamolón se comenzó en una pequeña casa acondicionada como clínica el 17 noviembre de 2003 y pasó a ser hospital el 16 julio de 2005. En el poblado de Huichihuayán fueron puestos a disposición de la gente los Servicios Comunitarios el 15 de marzo de 2005.

2.2.2.6 Filosofía

A partir del año 2007 el nombre cambió a Fundación Adelaida Lafón A.C. y posteriormente la quinta clínica abrió sus puertas el 15 de mayo en General Zuazua, N.L. llevándose a cabo la ceremonia de inauguración el 18 de mayo del mismo año. Esta sede fue posible gracias a la coordinación con el Gobierno Municipal y el financiamiento de la Fundación Jesús M. Montemayor.

Las clínicas de Chihuahua y Saltillo iniciaron sus servicios en noviembre de 2009. Ésta última trabaja en alianza con Cáritas.

2.2.2.2 Objetivo

Generar cambios en los paradigmas que norman el sistema de pensamiento, de actitudes y comportamientos en relación al proceso de salud-enfermedad y contribuir en alcanzar una salud sustentable.

2.2.2.3 Misión

Extender el ministerio sanador de Jesucristo en la población y comunidades con grandes carencias.

2.2.2.4 Visión

Ser un modelo de salud integral determinante del incremento de la esperanza y calidad de vida del ser humano, considerada como una de las mejores prácticas de servicio de salud comunitaria a nivel mundial, asesorando a otros estados y naciones, participando con los principales organismos y fundaciones nacionales e internacionales, dedicadas a mejorar la salud y calidad de vida del ser humano, especialmente el más desprotegido.

Con importante presencia de nuestras Clínicas y Centros Comunitarios a nivel nacional e internacional, operando en forma autofinanciable; autosuficientes en el desarrollo de capital humano, conocimiento y experiencia en diversas disciplinas de salud y de servicio de salud comunitaria, para ambientes multi culturales.

2.2.2.5 Valores

- Dignidad: Respeto por el valor de cada persona con preocupación especial por los pobres y los necesitados.
- Integridad: Honestidad, justicia y consistencia en todas nuestras relaciones.
- Excelencia: Altos niveles de servicio y modo de trabajar.
- Compasión: Servicio con un espíritu de empatía, amor y preocupación por los demás.
- Prudencia en la Administración de los recursos: Uso prudente y justo de talentos y recursos en una manera cooperativa.

- **Equidad:** Posibilidad que tiene cualquier persona de acceder, en la misma proporción, a los mismos derechos, inherentes y otorgados.
- **Igualdad:** No diferenciar o condicionar el otorgamiento de la atención y los servicios de salud, a ninguna persona, en razón de su nivel socio económico, raza, sexo, religión, edad, idioma o de cualquier otra índole.

2.2.2.6 Filosofía

Conformamos una Institución no lucrativa con una profunda convicción de nuestra responsabilidad y compromiso social de brindar atención y servicios de salud a quienes menos tienen. Estamos comprometidos y nos honra servir al prójimo. Nuestra actitud de servicio va más allá de las expectativas de una atención clínica, pues antepone el valor y dignidad de la persona, rompiendo paradigmas al tener una visión holística de la persona y su entorno. Vivimos envueltos de la mística que implica una entrega total de nuestro ser y hacer. Nuestro compromiso de servicio se expresa mejor con estas frases: "Yo no te abandonaré hermano, hasta que sanes o mueras". "No se vale oídos sordos ante el enfermo". Alegrarnos al ver que alguien enfermo evoluciona hacia la salud y sana por completo y compenetrarnos en el dolor y sufrimiento de los familiares que despiden a un ser querido.

Nuestro respeto hacia las personas que servimos, nos obliga a verlas, tratarlas, escucharlas con empatía y entenderlas como iguales. Aceptamos a las personas incondicionalmente y sin diferenciar su raza u origen, nivel socio económico, creencia religiosa o política o de cualquier otra índole.

Estamos convencidos de que este ser y hacer rompe con paradigmas en cuanto a la oferta y demanda de servicios de salud, en cuanto al tipo de atención, en cuanto al efecto directo en la autovaloración de la persona, del efecto en la familia y su repercusión en la comunidad. El trato digno y en el efecto mariposa.

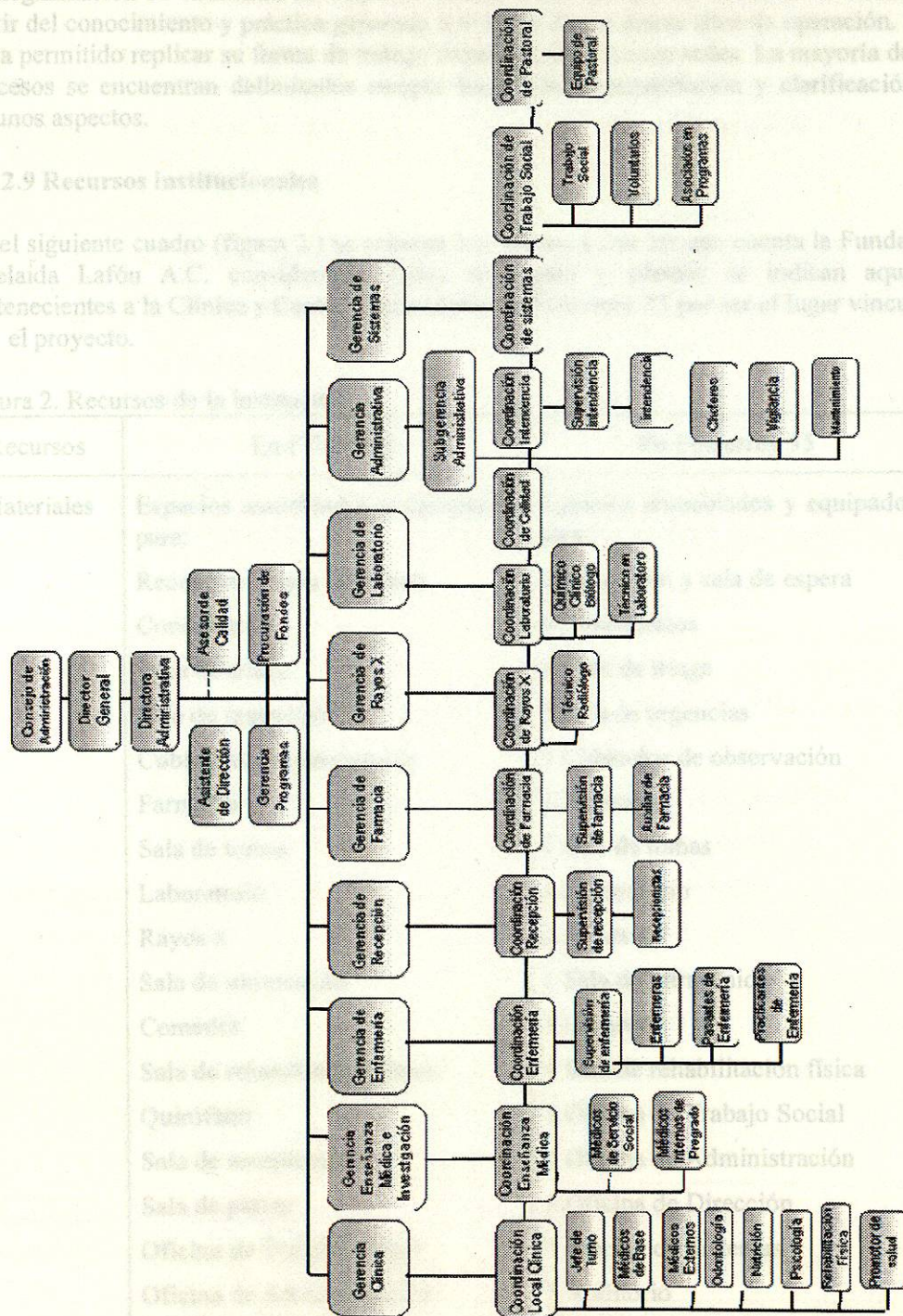
Nuestro principal objetivo es prevenir, restaurar y preservar la salud de la población a quien servimos; buscamos ir más allá y provocamos su revaloración e incremento de auto estima. La equidad e igualdad nos hace creer que la sanación debe tener un costo para la persona puesto que la dignifica. Por ello, estamos continuamente obligados a hacer mas con menos, cuidar al máximo los pocos recursos con que contamos y buscar alcanzar la recuperación total de nuestros costos y gastos para poder continuar extendiendo nuestras alas hacia quien más nos necesite en otras geografías.

Nuestro personal es el principal activo de la institución. Consideramos que es vital y por ello fomentamos un ambiente de trabajo en equipo y de puertas abiertas en el que exista libertad para comunicarnos y expresar nuestras ideas, propuestas, opiniones, críticas y sugerencias que sumen y nos fortalezcan.

Realizamos nuestras tareas de manera efectiva, práctica y con alta calidad, procurando también que nuestra actitud de servicio sea siempre positiva, agradable y cálida, puesto que el tiempo nos ha enseñado que el buen humor y una sonrisa no cuestan nada y compran todo.

2.2.2.7 Organigrama

Figura 1. Organigrama de la Fundación Adelaida Lafón A.C.



2.2.2.8 Fase de desarrollo organizacional

La organización se encuentra en etapa de estabilización ya que ha definido un modelo a partir del conocimiento y práctica generada a lo largo de sus nueve años de operación. Esto le ha permitido replicar su forma de trabajo expandiéndose a siete sedes. La mayoría de sus procesos se encuentran delimitados aunque hace falta documentación y clarificación en algunos aspectos.

2.2.2.9 Recursos institucionales

En el siguiente cuadro (figura 2.) se enlistan los recursos con los que cuenta la Fundación Adelaida Lafón A.C. considerando todas sus sedes y además se indican aquellos pertenecientes a la Clínica y Centro Comunitario de Fomerrey 35 por ser el lugar vinculado con el proyecto.

Figura 2. Recursos de la institución

Recursos	En FUALAC	En Fomerrey 35
Materiales	Espacios amueblados y equipados para:	Espacios amueblados y equipados para:
	Recepción y sala de espera	1 Recepción y sala de espera
	Consultorios	6 Consultorios
	Área de triage	1 Área de triage
	Sala de urgencias	1 Sala de urgencias
	Cubículos de observación	3 Cubículos de observación
	Farmacia	1 Farmacia
	Sala de tomas	1 Sala de tomas
	Laboratorio	1 Laboratorio
	Rayos x	1 Rayos x
	Sala de ultrasonido	1 Sala de ultrasonido
	Comedor	1 Comedor
	Sala de rehabilitación física	1 Sala de rehabilitación física
	Quirófano	1 Oficina de Trabajo Social
	Sala de recuperación	1 Oficina de Administración
Tecnológicos	Sala de partos	1 Oficina de Dirección
	Oficina de Trabajo Social	1 Oficina de Sistemas
	Oficina de Administración	1 Auditorio
	Oficina de Dirección	4 Salones de usos múltiples
	Oficina de Sistemas	1 Patio
	Auditorio	1 Oratorio

	Salones de usos múltiples Patio Oratorio	
Humanos	Recepcionistas Auxiliares de farmacia	6 Recepcionistas 3 Auxiliares de farmacia
Financieros	Enfermeras Médicos generales Médicos en servicio social Médicos familiares Ginecólogos Pediatras Cirujanos Internistas Traumatólogos Dentistas Nutrióloga Psicólogos Terapeuta en rehabilitación física Técnicos en rayos x Químicos farmacobiólogos Técnicos en laboratorio Trabajadoras Sociales Mensajeros Intendentes Administradores Ingeniero en Sistemas Vigilantes Mantenimiento	12 Enfermeras 2 Médicos generales 4 Médicos en servicio social 2 Médicos familiares 2 Ginecólogos 1 Pediatra 1 Cirujano 1 Internista 1 Traumatólogo 1 Dentista 1 Nutrióloga 1 Psicóloga 1 Terapeuta en rehabilitación física 3 Técnicos en rayos x 1 Químico farmacobiólogos 3 Técnicos en laboratorio 1 Trabajadora Social 2 Mensajeros 5 Intendentes 1 Administrador 1 Ingeniero en Sistemas 3 Vigilantes 1 Mantenimiento
Tecnológicos	Computadoras Equipo de Telemedicina Equipo médico para consulta, quirófanos y salas de urgencia. Equipo de rayos x Equipo de ultrasonido	26 Computadoras 1 Equipo de Telemedicina Equipo médico para consulta y sala de urgencia. Equipo de rayos x Equipo de ultrasonido

2.3 Características	Equipo de laboratorio Proyector Pantalla Lap top Cámaras digital	Equipo de laboratorio 1 Proyector 1 Pantalla 1 Lap top 1 Cámara digital
Financieros	Donativo fijo anual por parte del Grupo Christus Muguerza Aportaciones de los beneficiarios Donativos de particulares, empresas y agencias financiadoras Acuerdos gubernamentales	Donativo fijo anual por parte del Grupo Christus Muguerza Aportaciones de los beneficiarios Donativos de particulares, empresas y agencias financiadoras

2.2.2.10 Perfil del usuario

Los usuarios de los servicios de FUALAC son personas de nivel socio económico bajo y medio bajo, quienes en su mayoría no cuentan con seguridad social. Dependiendo de la zona en la que se encuentran las clínicas la situación de la población varía.

En el caso de la Clínica y Centro Comunitario de Fomerrey 35 el radio de acción inmediato lo comprenden habitantes de la Colonia Tierra Propia Fomerrey 35 comprendida por alrededor de 520 familias siendo 2875 habitantes aproximadamente.

Alrededor del 50% de la población se encuentra entre los 20 y 64 años mientras que el siguiente grupo de edad más numeroso es el que va de los 12 a los 20 años con un 16%.

Poco menos de la mitad son familias nucleares, mientras que el resto son familias compuestas y extendidas.

Los hombres trabajan como albañiles, obreros, taxistas o pequeños comerciantes. Las mujeres son amas de casa o son empleadas en tiendas o domésticas.

Aproximadamente un 60% de la población cuenta con seguridad social, quedando un 40% sin resguardo.

Entre los vicios más comunes se encuentran el alcohol y el tabaco.

Parte de la colonia no cuenta con los servicios básicos, sobre todo en las viviendas ubicadas más arriba de las faldas del Cerro del Topochico.

Más del 70% utilizan letrinas y las casas con piso de cemento son un 69%, mientras que el 11.9% son de tierra.

2.3 Características del Departamento de Trabajo Social

El modelo de operación de FUALAC contempla al Departamento de Trabajo Social tanto para apoyo de la clínica como para la organización y coordinación de actividades del centro comunitario. Es un área vinculadora de ambas.

Cuenta con dos programas:

- Fortalecimiento comunitario, que busca desarrollar las comunidades en cuatro aspectos fundamentales: formación humana y académica, deporte, ecología y medio ambiente y actividades productivas y autoempleo.
- Promoción, orientación y educación en salud que como su nombre lo indica pretende fomentar una cultura de salud a través de las tres acciones.

El departamento interviene con pacientes que presenten problemas de salud, asimismo con sus familiares, refiriéndolos a los servicios que les procuren una mejora física, mental y emocional. Funciona como un sistema de enlace apoyando los casos con alguna problemática, detectados en el área clínica y proporcionando seguimiento al paciente.

Fomenta la prevención de problemas de salud a través de cursos, talleres y pláticas.

Es el responsable de la administración de los espacios, de voluntarios y alumnos de servicio social que apoyan en las diversas actividades formativas, educativas, recreativas, deportivas, ecológicas y productivas que el centro comunitario ofrece.

Se relaciona con los diferentes departamentos, interviniendo en la problemática del paciente y su familia según sea el caso, orientando, asesorando, investigando, realizando estudios socioeconómicos en caso necesario o bien refiriendo al paciente a otras instituciones para su atención y/o seguimiento.

Promueve los diferentes servicios con que ofrece FUALAC.

Los pacientes de trabajo social son todas aquellas persona que son referidas por recepción o médicos de la clínica, así como los usuarios del centro comunitario y la comunidad en general que solicita algún tipo de información u orientación.

Las metodologías vinculadas a este modelo son las propias al desarrollo participativo tales como la planificación participativa, investigación-acción, la evaluación formativa o la formación permanente entre otras.

Licha menciona que "el desarrollo participativo está cada vez más asociado con los movimientos sociales y las ONG que se movilizan en torno a una visión del desarrollo centrada en las personas" (Licha, 2002:69). Tal es el caso de FUALAC.

Este proyecto sigue elementos de la metodología de investigación-acción participativa (IAP) definida por Licha como un "proceso a través del cual los miembros de un grupo o comunidad recaban y analizan información para actuar sobre un problema y resolverlo".

(Licha, 2002:71). En este caso las madres adolescentes abordan situaciones problemáticas de su condición siendo ellas mismas la principal fuente de información.

La IAP se caracteriza por la presencia activa de los beneficiarios en las diferentes fases y el equipo técnico, además de datos estadísticos o estudios formales, toma como base elementos cualitativos de percepciones subjetivas de la vida comunitaria.

El proyecto que se presenta a continuación se desarrolla siguiendo cuatro fases principales e incluyendo elementos propios de la metodología participativa.

Figura 3. Fases del proyecto

CAPITULO 2.

3. Metodología del proyecto

Existen diferentes modelos de intervención social que están determinados por la concepción que de la realidad se tiene y que a su vez determinan las metodologías a utilizar en la transformación de la misma.

Para el nacimiento del presente trabajo se conjugan diferentes factores, pero el determinante es el acercamiento y solicitud explícita de las beneficiarias a FUALAC. Puede decirse no solo que ellas se involucran desde el principio, sino que dieron principio al proyecto.

Bajo esta consideración, la intervención se realiza inspirada en el modelo dialéctico o espiral, el cual

3.1.1 Pretende el análisis de la realidad como un saber en y desde la acción. El momento del análisis de la realidad debe situarse a lo largo de todo el proceso de intervención, estableciendo una correlación entre los elementos de dos sistemas u órdenes. En este caso una correlación entre pensamiento (reflexión) y la intervención (acción). Uno no antecede al otro; ambos se producen en el mismo plano. La *praxis* y la *teoría* son dos dimensiones de un único proceso. *Acción* y *reflexión* se retroalimentan mutuamente. La reflexión ordena y orienta la acción, la acción produce transformaciones y cambios que son necesarios comprender. (Rubio y otros, 2004:98).

Las metodologías vinculadas a este modelo son las propias al desarrollo participativo tales como la planificación participativa, investigación-acción, la evaluación formativa o la formación permanente entre otras.

Licha menciona que “el desarrollo participativo está cada vez más asociado con los movimientos sociales y las ONG que se movilizan en torno a una visión del desarrollo centrada en las personas”(Licha, 2002:69). Tal es el caso de FUALAC.

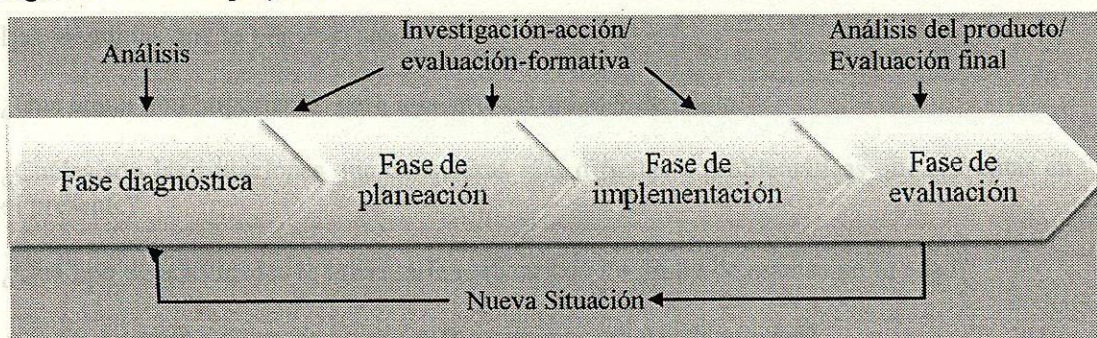
Este proyecto sigue elementos de la metodología de investigación-acción participativa (IAP) definida por Licha como un “proceso a través del cual los miembros de un grupo o comunidad recaban y analizan información para actuar sobre un problema y resolverlo”

(Licha, 2002:71). En este caso las madres adolescentes abordan situaciones problemáticas de su condición siendo ellas mismas la principal fuente de información.

La IAP se caracteriza por la presencia activa de los beneficiarios en las diferentes fases y el equipo técnico, además de datos estadísticos o estudios formales, toma como base elementos cualitativos de percepciones subjetivas de la vida comunitaria.

El proyecto que se presenta a continuación se desarrolla siguiendo cuatro fases principales e incluyendo elementos propios de la metodología participativa.

Figura 3. Fases del proyecto



Elementos tomados de Rubio y otros 2004:100

3.1 Diagnóstico

Para definir las características del proyecto a emprender con las madres adolescentes se utilizan dos técnicas de diagnóstico además de considerar la información proveniente del trabajo con los grupos de discusión en la comunidad.

3.1.1 Grupo nominal

Se trata de una reunión de alrededor de diez personas en la que se combina la reflexión individual y la interacción grupal. Los participantes pueden ser personas con experiencia o conocimiento del problema o situación a tratar, o también interesados en el tema, usuarios de un programa, afectados por un problema, etc. Es conveniente que exista cierta homogeneidad entre los participantes, pues la confrontación de puntos de vista muy opuestos puede hacer imposible llegar a consenso. (Rubio y otros, 2004:488).

La técnica de grupo nominal se utiliza para identificar las necesidades e intereses de las madres adolescentes solicitantes del servicio.

La sesión se realiza el 16 de mayo de 2009 en el salón de usos múltiples del Centro Comunitario de la Fundación Adelaida Lafón A.C. en Fomerrey 35.

Participan cinco madres adolescentes que formaron parte del grupo de embarazadas adolescentes durante el año 2008. Las cinco cuentan con dieciocho años de edad al momento del diagnóstico. Dos de ellas con dos hijos y el resto con uno. Habitan con sus padres y su pareja, aunque una que está pasando por una separación temporal. Cuatro de

ellas están casadas y una vive en unión libre. Las cinco se dedican al hogar aunque una de ellas está buscando trabajo debido a la separación de la pareja. Cuatro de ellas estudiaron hasta secundaria y una tiene estudios de técnica en belleza.

La dinámica se realiza con el siguiente orden:

Exposición de las preguntas

Reflexión y registro individual de ideas

Exposición de las ideas

Debate sobre las ideas expuestas

Votación de las ideas principales

Las preguntas que se plantean son:

¿Qué temas son importantes para ayudarte en tu labor de madre?

¿Cuáles son las situaciones que consideras más difíciles o problemáticas que enfrentas en el presente?

¿Qué tipo de actividades te interesaría realizar con un grupo de mamás de tu edad?

¿Qué te gustaría obtener de un grupo formado por mamás de tu edad?

¿Por qué deseas que se forme un grupo de mamás de tu edad?

Las ideas finales acordadas por el grupo son:

Los temas importantes que nos ayudan como madres son sobre resolver dudas sobre el desarrollo, la salud, cuidados y cómo les afecta lo que vivimos los papas.

Las situaciones más difíciles que enfrentamos en el presente:

Dudas sobre si lo que hacemos por nuestros hijos está bien.

Los conflictos con la pareja.

Los conflictos con las familias por cómo debemos educar al bebé.

La necesidad de dinero.

Dudas sobre nuestro futuro, si podremos ser mejores o hacer lo que deseamos.

Las actividades que nos gustaría realizar son reuniones para platicar y conocernos más.

Algunos paseos.

Nos gustaría obtener amistad y pláticas como las que teníamos en el grupo cuando estábamos embarazadas.

Deseamos un grupo de mamás de nuestra edad porque nos entendemos entre nosotras y en otros lugares nos ven chicas y no nos toman en serio.

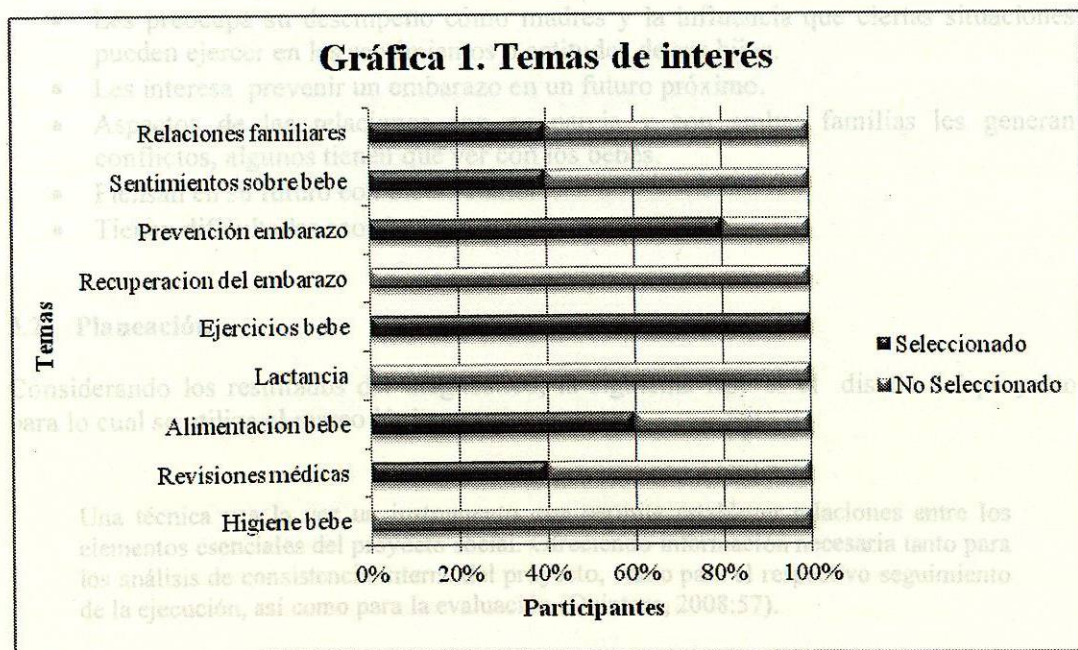
3.1.2 Encuesta

La encuesta se utiliza con el fin de conocer la preferencia del grupo solicitante del proyecto sobre temas específicos, que podrían o no haber sido mencionados en el grupo nominal.

La instrucción es seleccionar, de los nueve temas enlistados, todos aquellos que les interesara abordar durante las siguientes sesiones pudiendo mencionar alguno que no figura en la lista.

El instrumento se aplica al finalizar la sesión del grupo nominal, el 16 de mayo de 2009 en el salón de usos múltiples del Centro Comunitario de la Fundación Adelaida Lafón A.C. en Fomerrey 35. Responden las cinco madres adolescentes de dieciocho años de edad que formaron parte del grupo. El formato de la encuesta se encuentra en el anexo 1.

El tema seleccionado por el 100% de las participantes es sobre ejercicios y masajes para el bebé, seguido por relaciones sexuales y prevención de embarazo por el 80%. El tercer tema elegido por el 60% de las adolescentes es información sobre alimentación para el bebé. Los temas sobre revisiones médicas del bebé, sentimientos y pensamientos sobre mi bebé y relación con mi familia y la del papá del bebé sobre su cuidado y educación son indicados sólo por el 20% cada uno. Higiene del bebé, lactancia y recuperación del embarazo no tienen votos.



Con base en la información recabada en el presente apartado y complementando con los datos presentados en el primer capítulo, que son tanto de la literatura y estadísticas existentes sobre el tema como de los grupos de discusión en la comunidad, se conforma el árbol de problemas (figura 4) para el proyecto de trabajo con madres adolescentes, el cual expone esquemáticamente el problema central con sus causas y consecuencias.

En el espacio para escribir otros temas no mencionados, las encuestadas realizan las siguientes preguntas:

- Afecta el tiempo que no estoy con mi hijo, ¿Se siente solo?
- Fernanda va a cumplir 5 meses y ya intenta sentarse y enderezarse. Me han dicho que se va a hacer samba.
- Alimentación de niños de 9 meses
- ¿Limpiar saliva empacha al niño?
- ¿Por qué salen los dientes chuecos?
- Estar separada de mi esposo ¿influye en que le haga más caso el niño a su abuelita que a su mamá?

Los datos obtenidos de las técnicas de diagnóstico nos permiten concluir que las madres adolescentes:

- Desean reunirse con otras adolescentes que viven circunstancias similares pues se sienten comprendidas.
- Desean un espacio para expresarse, aprender y hacer amistades.
- Tienen dudas sobre la atención de sus bebés debido a las opiniones de otras personas y a su falta de conocimientos sobre algunos aspectos relacionados con cuidados y desarrollo del bebé.
- Les interesa aprender sobre temas que ayuden a sus bebés.
- Les preocupa su desempeño como madres y la influencia que ciertas situaciones pueden ejercer en los sentimientos o actitudes de sus hijos.
- Les interesa prevenir un embarazo en un futuro próximo.
- Aspectos de las relaciones con su pareja y con ambas familias les generan conflictos, algunos tienen que ver con los bebés.
- Piensan en su futuro con incertidumbre.
- Tienen dificultades económicas.

3.2 Planeación

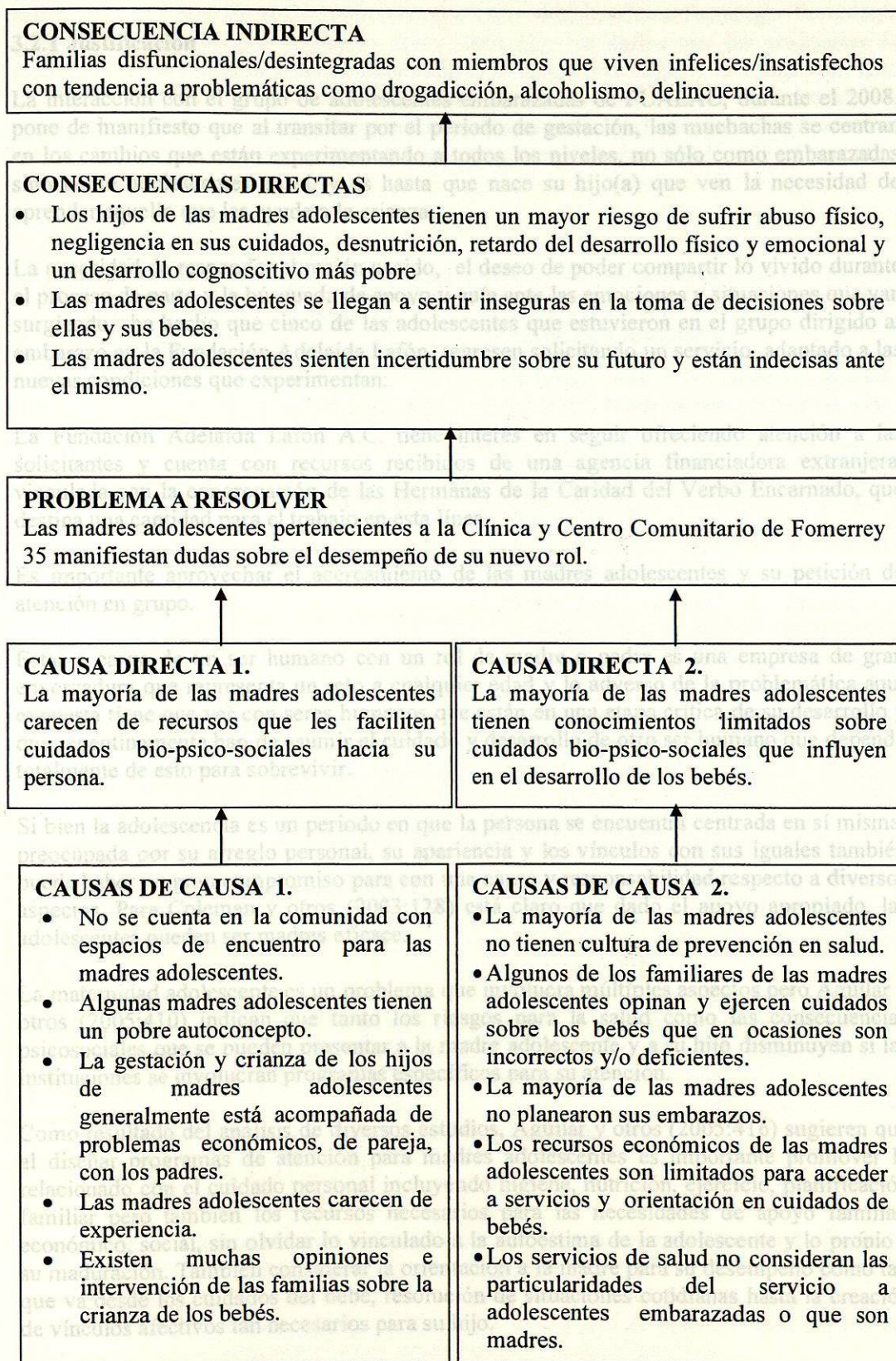
Considerando los resultados del diagnóstico, la siguiente fase es el diseño del proyecto para lo cual se utiliza el marco lógico:

- Algunas madres adolescentes tienen

Una técnica y a la vez un instrumento que permite establecer relaciones entre los elementos esenciales del proyecto social. Ofreciendo información necesaria tanto para los análisis de consistencia interna del proyecto, como para el respectivo seguimiento de la ejecución, así como para la evaluación (Quintero, 2008:57).

Con base en la información recabada en el presente apartado y complementando con los datos presentados en el primer capítulo, que son tanto de la literatura y estadísticas existentes sobre el tema como de los grupos de discusión en la comunidad, se conforma el árbol de problemas (figura 4) para el proyecto de trabajo con madres adolescentes, el cual expone esquemáticamente el problema central con sus causas y consecuencias.

Figura 4. Árbol de Problemas



Nombre del proyecto: Club de madres adolescentes

3.2.1 Justificación

La interacción con el grupo de adolescentes embarazadas de FUALAC, durante el 2008, pone de manifiesto que al transitar por el periodo de gestación, las muchachas se centran en los cambios que están experimentando a todos los niveles, no sólo como embarazadas sino como adolescentes en sí, y es hasta que nace su hijo(a) que ven la necesidad de aprender aquello que les ayude a la crianza.

La necesidad de responder al recién nacido, el deseo de poder compartir lo vivido durante el proceso de parto y la búsqueda de apoyo y guía ante las emociones y situaciones que van surgiendo, ha hecho que cinco de las adolescentes que estuvieron en el grupo dirigido al embarazo en la Fundación Adelaida Lafón, regresen solicitando un servicio adaptado a las nuevas condiciones que experimentan.

La Fundación Adelaida Lafón A.C. tiene interés en seguir ofreciendo atención a las solicitantes y cuenta con recursos recibidos de una agencia financiadora extranjera, vinculada con la congregación de las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, que destina una cantidad para el trabajo en esta línea.

Es importante aprovechar el acercamiento de las madres adolescentes y su petición de atención en grupo.

Estar a cargo de un ser humano con un rol de madre o padre es una empresa de gran envergadura que representa un reto a cualquier edad y lo adverso de la problemática aquí expuesta tiene que ver con seres humanos que están en una etapa crítica de su desarrollo y que repentinamente han de asumir el cuidado y desarrollo de otro ser humano que depende totalmente de esto para sobrevivir.

Si bien la adolescencia es un periodo en que la persona se encuentra centrada en sí misma, preocupada por su arreglo personal, su apariencia y los vínculos con sus iguales también puede haber un gran compromiso para con una causa y responsabilidad respecto a diversos aspectos. Para Coleman y otros (2003:128) está claro que dado el apoyo apropiado, las adolescentes pueden ser madres eficaces.

La maternidad adolescente es un problema que involucra múltiples aspectos pero Aguilar y otros (2005:410) indican que tanto los riesgos para la salud como las consecuencias psicosociales que se pueden presentar a la madre adolescente y a su hijo disminuyen si las instituciones se involucran programas específicos para su atención.

Como resultado del análisis de diversos estudios, Aguilar y otros (2005:416) sugieren que al diseñar programas de atención para madres adolescentes es importante promover lo relacionado con el cuidado personal incluyendo higiene, nutrición, ejercicio, planificación familiar pero también los recursos necesarios para las necesidades de apoyo familiar, económico, social, sin olvidar lo vinculado a la autoestima de la adolescente y lo propio a su maduración. También considerar la orientación a la madre para su desempeño como tal, que va desde los cuidados del bebé, resolución de situaciones cotidianas hasta la creación de vínculos afectivos tan necesarios para su hijo.

En el caso particular del presente proyecto, considerando el problema con sus causas, y con apoyo del esquema PAM-CET: Problema-Acción-Métodos/Causa-Estrategia-Tecnología (Figura 5), propuesto por Aguilar y otros (2001:81), se define que las estrategias de intervención del proyecto serán la información, el apoyo y refuerzo y la formación. Esto debido a que el problema y sus causas están vinculados a la falta de conocimientos y aptitudes de las madres adolescentes, además de influencia de familiares. Por lo cual los métodos y técnicas elegidos son el club como estructura base dentro del cual se desarrollen charlas y juegos educativos.

Figura 5. Esquema PAM-CET

PROBLEMAS (Causas del problema)	TIPO DE ACCIÓN NECESARIA (Estrategia)	MÉTODOS Y TÉCNICAS (Tecnología apropiada)
Falta de conocimientos	INFORMACIÓN	Carteles, radio, tv, prensa, charlas, folletos, exposiciones, audiovisuales, etc.
Influencia negativa de otras personas	APOYO Y REFUERZO	Grupos de autoayuda, grupos de discusión, asociaciones y clubes, consejo familiar, etc.
Falta de aptitudes	FORMACIÓN	Demostraciones, estudios de casos, juegos educativos, talleres, etc.
Falta de recursos	MOVILIZACIÓN DE RECURSOS	Entrevistas, visitas a grupos y organizaciones, reuniones comunitarias, mancomunidad de recursos, encuestas institucionales, consulta de guías de recursos, etc.
Conflicto de valores	ACLARACIÓN DE LOS VALORES Y TOMA DE CONCIENCIA	Improvisación teatral, juegos educativos, historietas, cómics, audiovisuales, juegos de roles, sociodrama, etc.
Falta de servicios	ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Observación participante, entrevistas en profundidad, contacto con líderes, informantes clave, contacto global, foros comunitarios, grupos de creación participativa, etc.
Ingresos familiares insuficientes	GENERACIÓN DE INGRESOS Y/O CONSERVACIÓN DE INGRESOS	Autoempleo, micro-empresas, técnicas de gestión, autoorganización, modificación de hábitos de consumo, servicios comunitarios (guarderías, comedores, huertas orgánicas intensivas familiares, etc.)

Fuente: Aguilar y Ander-Egg (2001:81)

El organizar un Club es una forma de establecer un espacio abierto y atemporal ofreciendo a las adolescentes un grupo de pertenencia que puede traer como ventaja el atractivo que significa la extensión de las relaciones sociales para las adolescentes. Además, por su conformación estructurada y guiada, representa un espacio de apoyo y desarrollo pocas veces encontrado al atravesar por una situación como la que ellas viven.

Si bien se pretende que el Club sea un espacio permanente, la aportación del presente proyecto es el establecimiento de una primera etapa o introducción compuesta de una serie de sesiones que establezcan una "base" de conocimientos, primeras reflexiones y herramientas útiles para los meses posteriores al alumbramiento.

Las charlas con expertos y las dinámicas educativas son las formas de abordar los contenidos seleccionados a partir de las inquietudes manifestadas por las madres solicitantes, mismas que coinciden con la información teórica manejada por diversos autores al inicio de este apartado. Por ello, pueden integrarse otras madres adolescentes además de las ya interesadas.

3.2.2 Objetivo General

Orientar a las madres adolescentes pertenecientes al Club de la Clínica y Centro Comunitario de Fomerrey 35 en el desempeño de su nuevo rol, durante los primeros meses después del parto, con el fin de atenuar algunas de las principales problemáticas que inciden en el desarrollo de la madre y el bebé.

3.2.3 Objetivos Específicos

Capacitar a las madres adolescentes sobre recursos que faciliten cuidados bio-psico-sociales hacia su persona.

Capacitar a las madres adolescentes sobre cuidados bio-psico-sociales que influyen en el desarrollo de los bebés.

Los cuidados bio-psico-sociales son los vinculados a las dimensiones biológica, psíquica y social o ambiental:

La dimensión biológica tiene que ver con los aspectos hereditarios, fisiológicos, motrices, neurológicos, hormonales..., con los aspectos orgánicos en definitiva. La dimensión psíquica integra los elementos cognitivos, emocionales, y conductuales de la persona. La dimensión social y ambiental se refiere a los factores externos que han influido en el individuo durante su desarrollo e influyen en su comportamiento actual, como la educación, las relaciones familiares, la interacción con los demás, la estimulación y los cuidados recibidos, el apoyo social...en definitiva, el medio social y ambiental del individuo (Rubio, 2004:120).

Para acotar los aspectos que de cada dimensión se abordan, se considera el diagnóstico realizado. Así el club aborda para los cuidados de las madres:

En la dimensión biológica la planificación familiar.

En la dimensión psicológica el reconocimiento de sentimientos y reforzamiento positivo.

En la dimensión social fuentes de apoyo.

En cuanto a los cuidados de los bebés:

En la dimensión biológica la salud, alimentación y estimulación.

En la dimensión psicológica reforzamiento positivo y estimulación.

En la dimensión social estimulación.

3.2.4 Metas

Relacionadas con las madres adolescentes

El 60% de las madres adolescentes mencionan un método de planificación familiar que podrían utilizar al término de las sesiones del proyecto.

El 60% de las madres adolescentes describe la relación entre sus acciones, pensamientos y sentimientos.

El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos

El 60% de las madres adolescentes del club reconocen al menos una fuente de apoyo de la que pueden hacer uso.

Relacionadas con el bebé

El 60% de las madres adolescentes siguen el programa de control de niño sano al término de las sesiones del proyecto.

El 60% de las madres adolescentes indican el menú de alimentación que corresponde a su bebé.

El 60% de las madres adolescentes realizan al menos dos veces a la semana ejercicios de estimulación para su bebé al término de las sesiones del proyecto.

El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos para sus hijos.

3.2.5 Plazo

El inicio de sesiones es el sábado 6 de junio de 2009 concluyendo el 5 de septiembre de 2009.

3.2.6 Localización Física

Se lleva a cabo en las instalaciones de la clínica y centro comunitario de la Fundación Adelaida Lafón A.C., con dirección en Calle De los Colonos s/n entre Epicalia y C.N.O.P en la Colonia Fomerrey 35, Monterrey, N.L.

3.2.7 Población Beneficiada

Madres entre los 15 y 19 años de edad del área de influencia de la clínica de Fomerrey 35 que su hijo más reciente sea menor a 12 meses.

3.2.8 Actividades y calendarización

A continuación se presentan las actividades necesarias. Para conocer el calendario de las mismas y las tareas correspondientes consultar el anexo 2.

- Diagnóstico
- Selección de contenidos para sesiones
- Diseño de sesiones
- Reunión de recursos necesarios para sesiones
- Promoción del club
- Desarrollo de sesiones
- Evaluación

3.2.9 Recursos

Recursos humanos

Gestora de proyecto

Facilitadora reparten volantes (anexo 4), tanto en la calle como en la recepción de la clínica

Instructora de estimulación médicos pediatras y ginecólogos se les proporcionan volantes e

Pediatra para referir a las madres adolescentes al nuevo grupo.

Psicóloga

Ginecólogo se encuestan de un censo realizado por FUALAC en el año 2008 en el que se

ubicaron a las adolescentes embarazadas, que para mayo de 2009 ya son madres. Se

Recursos Materiales de las cuales son de las adolescentes solicitantes del servicio. Se

visitan las casas de las 4 restantes, no pudiendo ubicar a una de ellas. Se realiza la

Salón en persona y por teléfono a 3 de ellas sin lograr su participación.

Credenciales del grupo

Hoja de asistencia de inicio sólo se presentan las cinco madres adolescentes que solicitaron

Copias de encuesta de temas de preferencia para cada participante del área de ginecología

Copias de evaluación inicial para cada participante las adolescentes de la zona tienen a sus

Block de rotafolios

Un plumón grueso

Paquete de hojas blancas

Plumas para cada participante

Copias de hoja de reflexión para cada una de las participantes los sábados de 10 a 12. El

3kg de arcilla para cada participante el anexo 5.

Media cartulina para cada participante

3 Colchonetas ubicación se agrega una sesión de visita a "Expo tu bebé y tú" ya que las

Hoja con esquema de vacunación del 1er año para cada participante. Se considera que esta

Termómetro por participante de la del grupo y el tema está totalmente relacionado con el

proyecto.

Recursos Financieros

Debido a la inclusión de la actividad se hacen ajustes al programa, aumentando una fecha y

Promoción la intervención \$ 30.0 ginecólogo para la fecha que él indica.

Materiales \$ 366.5

Honorarios facilitadora un \$3,000.0 todos diferentes de realización según los contenidos a

Refrigerio convivio final \$ 270.3 ya que el propósito de las actividades es alcanzar

los objetivos del proy Total \$ 3,668.8 un de forma que aporten conocimientos en relación

con los cuidados de las dimensiones biológicas, psicológica o social.

El presupuesto se encuentra en el anexo 3.

4 de las sesiones requieren información de un especialista, así que se realizan con la

Recursos Tecnológicos: en el tema, seguida de tiempo para resolución de dudas y

reflexión personal. La coordinación de las actividades en estas sesiones está a cargo de la

Cámara del proyecto, quien también acompaña al grupo en la actividad fuera de la

Impresora

Proyector

Laptop sesiones restantes se desarrollan iniciando con la aplicación de una técnica acorde al

Pantalla tarar, un tiempo para reflexión y puesta en común. En estos casos la facilitadora

coordinó la actividad acompañada de la gestora del proyecto. Cabe señalar que la

3.3 Implementación sustentarse por cuatro sesiones, siendo dos de estas suplida por otra

facilitadora que el grupo ya conoce por haber trabajado con ellas cuando estaban

embarazadas. Las otras dos sesiones son la visita y la plática con el pediatra.

3.3.1 Promoción

Para la conformación del grupo se colocan carteles en la comunidad, invitando a las madres adolescentes.

También se reparten volantes (anexo 4), tanto en la calle como en la recepción de la clínica de Fomerrey 35. A los médicos pediatras y ginecólogos se les proporcionan volantes e información para referir a las madres adolescentes al nuevo grupo.

Se revisan las encuestas de un censo realizado por FUALAC en el año 2008 en el que se ubicaron a las adolescentes embarazadas, que para mayo de 2009 ya son madres. Se ubicaron 6 en total, dos de las cuales son de las adolescentes solicitantes del servicio. Se visitan las casas de las 4 restantes, no pudiendo ubicar a una de ellas. Se realiza la invitación en persona y por teléfono a 3 de ellas sin lograr su participación.

Llegada la fecha de inicio sólo se presentan las cinco madres adolescentes que solicitaron el servicio, por lo que se llevan volantes a las trabajadoras sociales del área de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario, ya que algunas adolescentes de la zona tienen a sus bebés en dicho lugar.

3.3.2 Desarrollo de sesiones

Se planean 13 sesiones con duración de dos horas cada una, los sábados de 10 a 12. El listado de asistencia se encuentra en el anexo 5.

Durante la aplicación se agrega una sesión de visita a "Expo tu bebé y tú" ya que las adolescentes manifiestan su deseo de asistir juntas a esta exposición. Se considera que esta actividad ayuda a la convivencia del grupo y el tema está totalmente relacionado con el proyecto.

Debido a la inclusión de la actividad se hacen ajustes al programa, aumentando una fecha y reagendando la intervención del médico ginecólogo para la fecha que él indica.

Las sesiones se organizan con dos métodos diferentes de realización según los contenidos a manejar y dinámica a realizar. Además, ya que el propósito de las actividades es alcanzar los objetivos del proyecto, se seleccionan de forma que aporten conocimientos en relación con los cuidados de las dimensiones biológica, psicológica o social.

4 de las sesiones requieren información de un especialista, así que se realizan con la exposición de un experto en el tema, seguida de tiempo para resolución de dudas y reflexión personal. La coordinación de las actividades en estas sesiones está a cargo de la gestora del proyecto, quien también acompaña al grupo en la actividad fuera de la institución.

Las 7 sesiones restantes se desarrollan iniciando con la aplicación de una técnica acorde al tema a tratar, un tiempo para reflexión y puesta en común. En estos casos la facilitadora coordinó la actividad acompañada de la gestora del proyecto. Cabe señalar que la facilitadora tuvo que ausentarse por cuatro sesiones, siendo dos de estas suplida por otra facilitadora que el grupo ya conoce por haber trabajado con ellas cuando estaban embarazadas. Las otras dos sesiones son la visita y la plática con el pediatra.

Para cada sesión se designa un tema acorde con los intereses señalados por las participantes, se elaboran objetivos a cubrir y se prevé la selección de indicadores del logro de objetivos (figura 6).

Las sesiones se realizan con los bebés de las participantes presentes, de forma que el no tener quien cuide a sus hijos no sea una limitante para asistir. Esto hace que tanto participantes como facilitadoras se familiaricen con el hecho de que los niños hacen ruido, que de pronto alguna está realizando la actividad de pie mientras mece a su bebé, etc. Aunque esto puede ser una limitante para el desarrollo de las sesiones realmente no presenta ningún problema, sólo es adaptación de parte de todas.

Figura 6. Cuadro de organización de sesiones de proyecto.

Fecha	Sesión	Objetivo	Indicadores
06/06/2009	Conociéndonos Evaluación inicial	Propiciar el conocimiento entre las participantes. Propiciar el compromiso a la confidencialidad en el grupo. Establecer la situación inicial del grupo.	Compromiso de confidencialidad
13/06/2009	Reconociéndome (Cuidados dimensión psicológica)	Identificar algunas características que describen a cada participante. Reconocer las características que gustan y disgustan a cada participante. Identificar las características que puedo cambiar.	Enlistar las propias características y clasificarlas
20/06/2009	Identificando sentimientos (Cuidados dimensión psicológica)	Identificar sentimientos ante diversas situaciones. Compartir los sentimientos identificados.	Explicar los sentimientos que surgen en las situaciones más frecuentes.
27/06/2009	Mi escultura (Cuidados dimensión psicológica)	Identificar los sentimientos y pensamientos sobre la propia persona. Reflexionar sobre la autoconstrucción de la persona.	Explicar los sentimientos y pensamientos sobre la representación de la escultura.
04/07/2009	Visita a Expo tu bebe y tú.	Fomentar la convivencia	Esquematizar la

	(Cuidados sociales)	propia red.	
11 /07/2009 21/08/2009	Pediatra (Cuidados dimensión biológica)	Fomentar la participación en el programa de control del niño sano. Disolver los mitos comunes sobre los cuidados principales al bebé. Conocer las necesidades alimenticias del bebé durante el primer año. Resolver dudas con un experto.	Asistencia al control del niño sano. Elaborar menú de un día para el bebé.
29/08/2009	Red social: yo apoyo (Cuidados)	Esquematizar lo que brindan a su red social.	
18 /07/2009 05/09/2009	Pensar, sentir y actuar. (Cuidados dimensión psicológica)	Reconocer lo que hago según lo que pienso y/o siento. Reconocer la importancia de la reflexión sobre los pensamientos, sentimientos y acciones. Aprender a utilizar la tabla de reflexionar sobre pensamientos, sentimientos y acciones.	Ejemplificar la relación de pensamientos, sentimientos y acciones en la tabla de reflexión.
25 /07/2009	Dar y recibir (Cuidados dimensiones psicológica y social)	Reconocer la importancia de dar y recibir refuerzos positivos. Practicar el dar y recibir refuerzos positivos.	Ejemplificar refuerzos positivos Narrar refuerzos positivos dados y recibidos en la semana
01/08/2009	Estimulación temprana (Cuidados dimensiones biológica, psicológica y social)	Reconocer las ventajas de la práctica de ejercicios de estimulación a los bebés. Aprender ejercicios de estimulación para los bebés.	Practicar ejercicios de estimulación.
08/08/2009	Estimulación temprana (Cuidados dimensiones biológica, psicológica y social)	Practicar ejercicios de estimulación con los bebés. Aprender y compartir canciones infantiles.	Describir ejercicios de estimulación. Narrar ejercicios de estimulación practicados en la semana
15/08/2009	Red social: mis apoyos	Identificar el apoyo que brinda una red social. Reconocer a las personas que forman parte de la	Esquematizar la propia red

3.3.2.2. Sesión	(Cuidados dimensión social)	propia red.	
21/08/2009	Psicóloga (Cuidados dimensión psicológica y social)	Conocer las actitudes que ayudan al desarrollo del bebé. Reconocer la importancia del reforzamiento positivo. Resolver dudas con un experto.	Ejemplificar el reforzamiento positivo.
29/08/2009	Red social: yo apoyo (Cuidados dimensión social)	Reconocer el apoyo que brindo como miembro de una red social.	Esquematizar lo que brindan a su red social.
05/09/2009	Ginecólogo (Cuidados dimensión biológica) Evaluación final	Identificar el método de planificación familiar que puedo utilizar. Resolver dudas con un experto.	Mencionar el método de planificación familiar que puedo utilizar

3.3.2.1. Sesión 1: Conociéndonos

Es el inicio de actividades. Se presentan las 5 madres adolescentes solicitantes de la formación del grupo.

Se realiza la actividad programada en que unas a otras se plantean preguntas para conocerse más. Las primeras preguntas son muy superficiales y debido a que entre ellas ya se conocían desde su embarazo, la dinámica inicial se realiza ágilmente. Pero al comenzar con las preguntas más íntimas se observa que dependiendo de la personalidad las respuestas son dadas de forma abierta o reservada.

Se guía la conversación hacia la reflexión sobre que a lo largo de las sesiones se tocarán diversos temas, algunos requerirán de compartir cosas más íntimas y se pregunta cómo les gustaría que el grupo reaccionara.

Se invita a las 5 integrantes a participar y coinciden en que desean respeto y que las cosas que comenten no se difundan en la comunidad, que las integrantes no cuenten lo que escuchan. Se habla un poco sobre la confidencialidad y todas hacen el compromiso de guardarla.

Se aplica el cuestionario de evaluación inicial.

3.3.2.2. Sesión 2: Reconociéndome

A esta sesión asisten 4 participantes, aunque una de ellas llega ya comenzado el ejercicio. Al preguntar por la adolescente ausente, una comenta que la quinta participante ya no asistirá a las sesiones pues habita en otra colonia y le es difícil transportarse.

Se inicia la sesión invitando a recapitular lo comentado la sesión anterior.

Se dan las instrucciones para la actividad. Las participantes enlistan 20 características sobre su persona. Pasados unos minutos del inicio de la dinámica, dos de ellas comienzan a comentar que no saben qué más escribir. Las otras dos se observan pensativas y trabajando, finalmente todas lo logran. Después clasifican esas características en aquellas que les agradan, las que les disgustan, las que pueden cambiar y las que no.

Se invita a la reflexión. Tres de ellas comparten espontáneamente algunas de sus características y coinciden al opinar que todos deseamos cambiar algo de nosotros. La cuarta adolescente permanece callada y es invitada a dar su opinión, también comparte algunas de sus características.

Se observa sinceridad en la forma en que se describen. Expresan tanto características positivas de su persona como aquellas más difíciles de compartir, por ejemplo una de ellas se reconoce mentirosa. Otra de ellas identifica como negativo el ser una persona positiva o optimista y comenta que en su casa le han dicho que el ser así es poco realista.

Cabe señalar que dos de ellas incluyen entre los calificativos de su lista “insegura” y “acomplejada”. Otra de ellas dice ser poco inteligente, de todas es la única que trabaja y el día de la presentación manifestó deseos de seguir estudiando, la facilitadora le hace esta observación y la invita a pensar si cree que una persona poco inteligente sería capaz de ser así.

Dentro de los comentarios, además de características de personalidad, todas incluyeron los roles que desempeñan.

Hacia el final de la sesión, entre las reflexiones finales, se comenta sobre el cambio y la posibilidad de modificar aquello que nos desagrada. También entre las conclusiones se dice que algunas cosas pueden ser vistas por algunos como negativas y por otros como positivas.

En el transcurso de la semana entre la segunda y tercer sesión se contacta a la participante que faltó para animarla a regresar. Ella comenta que tratará pero que se le dificulta el traslado, además los sábados realiza mandados con su mamá. No se compromete a continuar.

3.3.2.3. Sesión 3: Identificando sentimientos.

A la tercer sesión asisten las 4 participantes; todavía no se logra integrar más adolescentes al grupo. Para comenzar se retoma lo que se recuerda sobre la reunión anterior y después se explica la dinámica de la sesión que aborda los sentimientos que surgen en cada una ante ciertas situaciones.

Todas trabajan en silencio realizando el ejercicio escrito que mezcla frases a completar sobre sentimientos y deseos.

Al compartir, comentan que lo más difícil de responder es sobre los miedos, tres de ellas coinciden en que temen a quedarse solas. En este momento las situaciones y los sentimientos de todas se relacionan con su pareja, sus hijos, sus padres y amigas.

Tres de ellas manifiestan que no piensan con frecuencia sobre lo que sienten cuando suceden ciertas cosas, simplemente sienten y no dedican tiempo a reflexionar la relación entre la situación y su sentimiento. Aunque si platican con sus amigas cuando se sienten tristes o cuando se enojan por algo.

Ninguna se ha preguntado cómo se sienten al pensar en su futuro. Tres de ellas comentan que se sienten felices al pensarlo, la otra adolescente expresa sentirse “bien”.

Un comentario apoyado por todas es que identifican a los adultos como enojones, peleoneros y que desean gobernar sus vidas. Expresan que no les gusta sentirse todo el tiempo controladas por los adultos.

Cuando se les pregunta si se sienten cómodas compartiendo en el grupo, tres de ellas dijeron sentirse en confianza y considerar que hay amistad. La adolescente más reservada de las cuatro menciona que sí tiene confianza en el grupo pero que no acostumbra hablar mucho sobre ella.

Al finalizar la sesión se informa que, debido a asuntos familiares fuera de la ciudad, una de las facilitadoras se ausentará por cuatro sesiones a partir de la quinta reunión. La otra facilitadora (gestora del proyecto) permanece con el grupo y también la facilitadora con quien estuvieron trabajando en el grupo de embarazadas. Todas las adolescentes están de acuerdo y manifiestan su apoyo a la facilitadora por su situación familiar.

3.3.2.4. Sesión 4: Mi escultura

A la cuarta sesión, de nuevo se presentan las cuatro participantes.

El ejercicio consiste en moldear barro con los ojos cerrados, tratando de esculpirse a sí mismas al mismo tiempo que reflexionan sobre cómo las hace sentir la actividad.

Esta técnica gusta mucho a todas, manifiestan que nunca han hecho algo así. Comentan que al principio les cuesta trabajo cerrar los ojos, incluso a dos de ellas les causa risa.

Al pedir que describan su escultura y que compartan su reflexión, tardan en animarse a hablar, pero poco a poco todas lo hacen. Expresan cómo se sienten sobre su escultura.

Se les pregunta si el haber moldeado el barro tiene alguna similitud sobre lo que hacen con sus vidas. Una de ellas opina que es como en la realidad que uno va haciendo su vida. Al respecto otra pregunta si uno hace su vida o los demás como papás y pareja la hacen, porque ellos también toman decisiones sobre tu vida y se comportan de alguna manera en que hacen sentirte o actuar en respuesta. La reflexión gira en torno a la influencia que tienen las personas alrededor, entonces la pregunta es ¿Quién construye tu vida?. Después de varias intervenciones, la conclusión es que cada una hace su vida pero que los demás

también agregan cosas cuando se los permite, incluso hay situaciones que no son controladas, como los accidentes, que también influyen en tu vida.

Para finalizar se reflexiona sobre las influencias que tienen en su vida en el presente. Hablan sobre sus hijos, su pareja y su familia. También hablan de la amistad que han formado en este grupo y así concluye la sesión.

A mediados de semana una de las integrantes del grupo se comunica con la gestora del grupo para solicitar, a nombre de todas, que la siguiente sesión se posponga y en su lugar se visite "Expo tu bebé y tú en Cintermex.

Se accede a realizar este cambio quedando de acuerdo en verse el siguiente sábado en el lugar de la exposición a las 10 am.

3.3.2.5. Visita a "Expo tu bebé y tú"

A esta actividad asisten sólo tres participantes. Se recorren los diferentes módulos de la exposición, observando todo lo que se ofrece. Dos de ellas adquieren algunos artículos para sus bebés. Después de comer en el centro de exposiciones se da por terminada la visita.

Este día, en el Centro Comunitario de Fomerrey 35 se presentan dos adolescentes con el deseo de integrarse al grupo. Se les informa que la actividad del día es fuera de las instalaciones. Se toman sus datos y se les invita a participar en la siguiente sesión.

Durante la semana hay contacto telefónico con ellas para confirmar su asistencia al grupo.

3.3.2.6. Sesión 6: Pediatra

La sexta sesión es la primera en la que se tiene la visita de un experto. Asisten las cuatro integrantes del grupo, además de las dos adolescentes nuevas. Debido a que este día llegan tarde las participantes, se inicia directamente con la presentación del doctor y su exposición. Él indica que al concluir de explicar hay tiempo para preguntas.

Las adolescentes están atentas a la explicación del pediatra sobre los cuidados que requieren los niños. Al principio el doctor parece un poco distraído cuando las mamás se levantan a atender a sus bebés. Esta es una dinámica a la que el grupo ya está acostumbrado pero tal vez para expositores que entran en contacto por primera vez, les resulta un poco perturbador que mientras hablan las participantes están de pie arrullando a los niños, o dándoles de comer, cambiándolos o atendiéndolos.

Ninguna conoce el control del niño sano por el nombre, pero al explicar el pediatra lo que implica, las adolescentes dicen que a las consultas a las que llevan a sus hijos sí les dan ese seguimiento. Ahora ya identifican que sus niños sí asisten a ese control y el doctor hace hincapié en ser constantes ya que las revisiones son mensuales, dos mamás reconocen que en ocasiones se les han pasado una o dos revisiones.

Las dudas que manifiestan son sobre opiniones que sus mamás, suegras, hermanas, tías o familiares les han dado sobre diversos aspectos de los cuidados del bebé. Entre las cosas que el pediatra aclara:

Es incorrecto fajar al niño pensando que así se evitará que el ombligo se abulte, al contrario, no es recomendable.

El mejor alimento que pueden recibir es la leche materna, pero si ya se alimentan con fórmula seguir con esta alimentación hasta que su pediatra indique cómo introducir alimentos, no darles té u otras bebidas.

Cuando el niño ya hace ciertos movimientos intentando pararse o girar hay que motivarlo sin temor a que se haga sambo.

El estreñimiento se refiere sólo a la falta de evacuación y depende de diversos motivos, el niño puede no saber cómo hacerlo o puede un alimento causarlo. Consultar con el pediatra y evitar darle remedios caseros.

Los cólicos son comunes

Vigilar si los niños vomitan o si solo regresan leche porque a veces es por algún problema del sistema digestivo, debe observarse para poder comentárselo al pediatra.

En general la recomendación es siempre consultar con un especialista evitando remedios caseros y automedicación.

Para terminar con su intervención habla sobre la alimentación de los bebés según el mes en el que se encuentran.

Al retirarse el pediatra se hace un ejercicio en el que cada una elabora el menú para su hijo según lo explicado por el especialista.

También se da un tiempo para que de manera personal reflexionen sobre qué de toda la información recibida les es útil para la situación de su bebé. Dos de las participantes comentan que no les gustó que en casi todas las preguntas que realizaron, el doctor decía que tenían que consultar a su médico por ser una situación de sus niños que podía ser causada por diferentes razones.

3.3.2.8 Sesión 8: Dar y recibir

3.3.2.7. Sesión 7: Pensar, sentir y actuar.

Para iniciar la sesión se pide compartir cómo les fue con el ejercicio de la sesión anterior. La sesión está compuesta por dos ejercicios. En el primero se les presentan por escrito diferentes situaciones y cada una elabora en una hoja un cuadro con tres columnas: lo que piensa, lo que siente y lo que hace. Para cada situación se les pide que escriban en el cuadro lo que corresponda.

Quiénes no realizaron el ejercicio a diario mencionan que se les olvida durante el día o que manifiestan dificultad al elegir un sentimiento ante algunas de las situaciones que se les plantean y preguntan sobre lo que deben escribir. Se les dan ejemplos de sentimientos y continúan trabajando.

Todas coinciden que les fue más útil en momentos de enojo o tristeza.

Después, comienza la reflexión sobre cómo se relacionan las acciones con lo que piensan y sienten. En principio se dan cuenta que ante una misma situación, pueden reaccionar diferente y también hay pensamientos y sentimientos diferentes. También coinciden en algunas respuestas. Llegan a la conclusión que las acciones son resultado de pensamientos y sentimientos. Reflexionan también sobre cómo las acciones, pensamientos y sentimientos hablan de nosotras a los demás y de los demás a nosotras.

Se hacen dos rondas de caricias. Todas participan muy bien, bastante fluido y muy

En el mismo cuadro se les pide que diferencien aquello que les genera sentimientos que les gusta de lo que les disgusta. Al preguntarles que sentimientos prefieren, todas eligen los que les gustan y comentan que cuando no se sienten bien, hacen cosas que les gusta para

equilibrar, por ejemplo buscan a alguna amiga, escuchan música, etc. A raíz de este comentario se reflexiona cómo lo que se hace también influye en lo que sientes y lo que piensas.

El segundo ejercicio se trata de probar diferentes alimentos con los ojos cubiertos. Los sabores son muy variados, algunos les agradan y otros no les gustan. Se manifiestan divertidas al realizar esta tarea. Cuando terminan, se les pregunta cómo se sienten. La mayoría manifiesta que en algún momento se desespera por no poder ver y están tentadas a descubrirse, sobre todo después de comer algo que no les gusta ya no quieren probar lo siguiente.

Se les pide que reflexionen cómo lo que han comentado sobre el último ejercicio se relaciona con lo que se ha estado platicando desde el inicio de la sesión. Hay unos minutos de silencio y una de ellas responde que de igual forma hay sentimientos, como los alimentos, que no se quieren volver a probar y otros que se quiere seguir probando. Se les pregunta si hubiera sido diferente si en la dinámica hubieran podido ver, todas responden que sí y que lo hubieran preferido, aunque tuvieran que haber comido, o es igual si saben lo que se aproxima.

De este comentario se parte para reflexionar sobre la similitud que existe al poder observar nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. Se indica que retomen la tabla y que ahora escriban dos situaciones que ellas viven, en que los sentimientos sean agradables y dos desagradables.

Se queda como tarea para la siguiente sesión, escribir al menos una situación diaria y traerla clasificada en la tabla. Esto nos ayuda a ejercitarnos en poder observarnos y preferir lo que nos agrada o prepararnos para cuando las situaciones sean difíciles.

3.3.2.8. Sesión 8: Dar y recibir

Para iniciar la sesión se pide compartir cómo les fue con el ejercicio de la sesión anterior. Tres participantes comentan haber hecho el ejercicio todos los días y dos sólo algunos. Mencionan que con la tabla se dan cuenta cuántas veces repiten los mismos sentimientos en la semana, una de ellas comparte que le enseñó a su hermana a hacer su tabla.

Quienes no realizaron el ejercicio a diario mencionan que se les olvida durante el día o que no quieren que nadie las vea escribiendo. Se les pregunta si creen poder seguir usándola y todas dicen que sí, una de ellas sugiere que puede usarse en todo momento aunque no lo escribas, te puedes acordar de las tres cosas que tienes que escribir y nada más pensarlas. Todas coinciden que les fue más útil en momentos de enojo o tristeza.

Para la actividad del día se sientan todas en un círculo y se indica que vamos a dar y recibir caricias habladas. Cada una dice una caricia física (elogio o cualidad física) de su compañera de la derecha y una caricia psicológica (elogio o cualidad de la forma de ser) de su compañera de la izquierda. Se prohíbe dar pellizcos (enunciar cualidades negativas).

Se hacen dos rondas de caricias. Todas participan muy bien, bastante fluido y muy dispuestas para decir cosas positivas de las compañeras. Mencionan que se sienten bien al dar las caricias, la diferencia es al recibirlas. Algunas comparten que se sienten apenadas, otras que las cualidades que les dicen no las consideraban como tales. Para todas es más

difícil recibir que dar. Para ninguna es costumbre “dar caricias” dicen que a veces dan una caricia cuando a alguna amiga le queda bien alguna ropa o peinado pero no hablan sobre su físico o su forma de ser.

Se les pregunta si cuando reciben una caricia la agradecen, la mayoría dice que depende del tipo de caricia. No reciben frecuentemente caricias a cerca de su forma de ser y las veces que reciben sobre su físico no siempre agradecen.

La reflexión se orienta a recordar si han crecido recibiendo caricias. Sólo dos mencionan que sí, las demás dicen que sólo cuando eran niñas a veces les decían algo bonito. Se les cuestiona si dan caricias a su familia y para la mayoría no es algo común.

De tarea todas dirán una caricia del tipo que deseen a una persona de su familia diariamente.

3.3.2.9. Sesión 9: Estimulación temprana

A esta sesión asisten cinco participantes. Cabe señalar que es el tema en que todas las adolescentes manifiestan interés. Se introduce a la persona que imparte clases de estimulación temprana.

Al inicio, aunque las mamás se ven un poco “frías”, al realizar los ejercicios con sus hijos, la facilitadora invitada para la sesión, las apoya generando confianza para que los puedan hacer. Los bebés externan la novedad ante estos estímulos mediante un poco de rigidez, excepto por el mayor que tiene ya 10 meses, y que muestra un mayor interés en la actividad que le han asignado.

Una vez que se sienten en confianza, las madres hacen preguntas a la facilitadora respecto a las habilidades que deben tener sus hijos según su edad, tales como el sentarse solos, el gateo, uso de andadera.

3.3.2.11. Sesión 11: Red social: mis apoyos

La facilitadora recalca la necesidad de que exista tiempo específico para el bebé en su rutina diaria y, en sí misma la relevancia que tiene esta rutina en la vida y la formación de hábitos del bebé. Menciona que el bebé imita cada acto que observa. También comenta que la estimulación tiene muchos beneficios: desarrollo de la coordinación de movimiento, fortalecimiento de los miembros del cuerpo, madurez del tono muscular, favorece la movilidad y flexibilidad de los músculos, ayuda a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo. También desarrolla y fortalece los cinco sentidos y la percepción. Favorece el desarrollo de la memoria, la imaginación, la atención y el desarrollo del lenguaje.

A nivel social, desarrolla en el niño autonomía, confianza y seguridad. Emocionalmente, hace más fuerte la relación afectiva y positiva entre la mamá y el niño. El niño no aprende sólo con los ejercicios sino con el contacto físico y la relación afectiva que establezcan con él. Les recuerda que pueden aprovechar los momentos de comida, el baño y el cambio de pañal y ropa para estimular al bebé.

Se asigna como tarea aplicar los ejercicios aprendidos. Al finalizar se pregunta si realizaron la tarea de la sesión pasada sobre dar caricias a alguna persona. Una de ellas dice que se le olvidó, el resto expresa que al principio les fue difícil. Una participante

comenta que su mamá le preguntó que si le iba a pedir algo o qué le pasaba, ella le contestó que está haciendo un ejercicio. Todas coinciden en que les fue difícil y no lo hicieron todos los días, pero que lo intentaron.

3.3.2.10. Sesión 10: Estimulación temprana

Se presentan las mismas cinco participantes. Al inicio de la sesión, las adolescentes comentan haber realizado durante la semana los ejercicios propuestos por la maestra de estimulación. Excepto una de las mamás, que dice que las condiciones de su casa no se lo posibilitaban.

En la práctica de los ejercicios es evidente que sí han tenido prácticas porque ya ambos, mamá y bebé, se ven con mayor confianza al realizarlos. Se muestran receptivos y participativos en la práctica de canciones que acompañan los ejercicios.

Al compartir canciones que ellas les cantan regularmente a sus bebés, solo fue una de las participantes la que comenta que le canta para diferentes ocasiones: por ejemplo a la hora de comer. Otra canción era específicamente para jugar con la bebé.

Las demás participan con confianza al momento de repetirlas para aprenderlas y cantarlas a lo largo de la semana. Se les recuerda la importancia de la práctica de los ejercicios por lo menos dos veces por semana. Se les dice que en las siguientes sesiones la gestora del proyecto le preguntará de forma personal a cada una si hicieron estimulación con sus niños.

Al final de esta sesión, una de las asistentes comenta sobre la recomendación del doctor para realizarse la Salpingoclacia. Ella tiene dudas por su edad, más que dudas en relación a la posibilidad de tener otro bebé, en cuanto a cómo esto podría afectarle en su salud. Se le recuerda que se tendrá una sesión con un ginecólogo a quien puede preguntarle sus dudas.

3.3.2.11. Sesión 11: Red social: mis apoyos

Asisten cinco participantes a esta sesión. La actividad se trata de plasmar en un esquema aquellas personas que forman la propia red, colocando más cerca del centro quienes son más cercanas y más lejos a las personas con las que se cuenta pero que no las sentimos tan cerca.

Durante la elaboración de la gráfica se evidencia, por la facilidad con la que la realizan, que tienen muy presentes las personas que de alguna manera les han dado apoyo en diferentes circunstancias.

3.3.2.12. Sesión 12: Puntos de apoyo

La principal forma de apoyo que se menciona es el económico, que algunas personas suelen proporcionarles. Una de las mamás comparte que, después de haber realizado un intento por vivir fuera de casa de sus padres, con su esposo e hijo, sintió mucho apoyo por parte de su papá por haberle ofrecido que regresara a su casa. Menciona que eso le da seguridad y se siente reconfortada, que para ella es significativo que así se lo haya expresado.

Otra de las reflexiones sobre las personas que les brindan apoyo es que, en ocasiones, son aquellas de las que no les agrada mucho sus formas o sus tratos, sin embargo ahí están

brindándoles ayuda, tales pueden ser los casos de la familia de sus parejas o sus propios padres a quien han tachado de entrometidos en otras ocasiones.

Una de las participantes, integrada ya avanzadas las sesiones, comienza a platicar que cuando se embarazó se alejó un poco de su familia, pero que después hubo una época de nuevo cercana y de mucho apoyo ya que ella tuvo un fuerte episodio de depresión postparto y su mamá se encargo de su bebé, además su esposo estuvo apoyándola en todo. También comenta que después ha tenido problemas con su mamá e incluso le ha dicho que le va a quitar a su hijo y lo va a adoptar ella pues no quiere que se vaya a vivir con su esposo a otro lugar, aún así ellos están buscando un cuarto donde vivir, pero primero tienen que pagar la deuda de la cesárea.

A raíz de este comentario, otras dos participantes le dicen que también ellas han tenido problemas con sus papás y han recibido el mismo tipo de amenazas, pero que no se preocupe.

Se invierte media hora aproximadamente en la conversación, pero se permite porque es de las nuevas participantes y está compartiendo algo muy personal, el resto del grupo la escucha con atención y le hace preguntas sobre lo que ella dijo o hizo en la situación.

Se cierra la actividad, se dice que es interesante reconocer que somos quienes somos y hacemos lo que hacemos siempre en relación a los demás y se da pie a realizar una reflexión sobre qué es lo que, de nuestra parte, reciben las demás personas.

Al finalizar la sesión llega una adolescente embarazada acompañada por su mamá, referida por el ginecólogo de la clínica de FUALAC. Se le comenta que la sesión ya terminó y que el club además de ser para mamás está por concluir su ciclo de sesiones pero que si lo desea puede integrarse.

Se avisa que la siguiente sesión se realizará en viernes en lugar de sábado ya que la psicóloga sólo puede ese día.

Al salir del salón se le pregunta a la adolescente que no asiste a las dos sesiones anteriores el motivo de su ausencia y ella menciona que su niño tiene un problema y no lo puede traer, dice ser "algo de la cabeza". Se le pregunta si ya lo está atendiendo y dice que en el Seguro Social pero que no le dicen qué es aunque ya le hicieron estudios pero faltan otros. En ese momento se le invita a solicitar apoyo en trabajo social de FUALAC para orientarla en la situación, ella acepta, así que se le acompaña a la oficina de trabajo social y se le deja dialogar con la responsable.

3.3.2.12. Sesión 12: Psicóloga

Esta sesión es la segunda visita de un experto. La psicóloga se presenta a las cuatro asistentes y se pone a sus órdenes tanto en la sesión como fuera de ella, mencionando que está disponible en el centro comunitario de FUALAC.

Inicia su exposición con una proyección de una reflexión sobre la maternidad y cómo lo que nos dicen de niños marca para toda la vida. Menciona la importancia de adoptar ciertas actitudes para el manejo de la conducta de los niños tanto para que muestren una conducta aceptable en el presente como para construir el futuro.

A cada participante le entrega una hoja con un listado de sugerencias (anexo 6) y desarrolla una por una. Las adolescentes la escuchan con mucha atención y de vez en cuando dan ejemplos de lo que les sucede con sus hijos.

Una de las asistentes menciona el rechazo que su hijo tiene por parte de la familia del papá y que ella siente que los hermanos de su esposo frecuentemente lo hacen sentir mal. La psicóloga comenta la importancia de alejar al niño de ese ambiente y de brindar al niño reforzamiento positivo. Se ahonda en la explicación sobre el reforzamiento positivo y su importancia en el crecimiento sano de los niños.

Otra participante comienza a narrar lo difícil que la pasó el primer mes después de nacer su niño. Sufrió de depresión y comenta que su mamá y su pareja ya no sabían qué hacer y ella está preocupada por saber si esto le afectó a su bebé. La psicóloga explica de lo importante que es la atención a los niños desde pequeños y que si su hijo estuvo atendido por su abuela y ahora ella después de que pasó todo lleva a cabo las sugerencias que se han dado tanto de reforzamiento positivo como de manejo de conducta las consecuencias que ese momento de su vida tienen en su bebé no son de seriedad.

Al escuchar sobre la intervención de la abuela en el cuidado del niño de su compañera, una de las adolescentes expone la situación en su casa en que su mamá constantemente quiere hacerse cargo del niño y que la ha amenazado con quitárselo. Otras dos adolescentes coinciden en que alguna vez su mamá las ha amenazado así también. Comentan entre todas qué es lo que han hecho ante eventos así. La psicóloga explica que no es tan fácil que legalmente les quiten a sus niños, a menos que exista negligencia. Les dice que es importante establecer límites en la relación con sus padres pero que esto también va acompañado de obligaciones de su parte. Refiere que la comunicación asertiva es un elemento vital en las relaciones.

Por ser viernes el tiempo no puede extenderse más de lo programado, así que se agradece la intervención de la psicóloga y se les recuerda en donde pueden contactarla.

En el momento de reflexión final las adolescentes manifiestan estar contentas por toda la información recibida y desean que a futuro se trate el tema de la comunicación.

3.3.2.13. Sesión 13: Red social: yo apoyo.

A diferencia de la actividad de mi red de apoyo, la realización de la gráfica en que ellas expresan cómo apoyan les costó más trabajo.

Hacen muchas preguntas para saber a qué tipo de cosas se refería la pregunta: ¿qué puedo dar yo a los demás? Prácticamente la responden en grupo, unas a otras se dan ideas.

Mencionan reiteradamente que ellas no pueden dar ni ofrecer dinero porque no lo tienen, tema que en el ejercicio anterior también sale a relucir, lo que marca la importancia de este aspecto en sus vidas.

Una de las adolescentes saca a colación que ni siquiera ha tenido dinero para comprarle mamilas a su bebé y esa es la razón por la que no puede, en el momento, darle de comer. De hecho la bebé llora un rato hasta que cae dormida (generalmente todos los bebés toman leche a la hora de la sesión). El apoyo que le brindan las demás es con información de

dónde están más baratas las mamilas. Se aprovecha como un buen momento de reflexión para notar cómo la información también es una forma de apoyo que, sin embargo, no implica dinero. (La razón mencionada por la que la bebé ya no tiene mamilas es porque las ratas las han roído).

En el momento de realizar la segunda actividad dicen que la razón por la que sus parejas están con ellas es los bebés, por lo que se cambia la pregunta a: ¿por qué le gustaste a tu pareja? ¿Qué vio en ti? Ellas preguntan si es lo que ellas piensan o lo que ellos les han dicho. Se indica que escriban ambas. La parte de lo que ellos les han dicho ("aunque crean que no es verdad") es más fácil de contestar, sobre lo que ellas piensan les resulta difícil. Mencionan que eran unas cuando eran novios y son otras ahora, que tienen la impresión de no gustarles más.

Una de las chicas dice que, en el año que tiene de casada, han habido periodos largos (de hasta dos meses) en los que no ha tenido relaciones íntimas con su pareja y ella piensa que es porque no le gusta más o porque tiene otra relación, que ella no sabe exactamente qué hacer para atraer su atención porque ella sí lo necesita a él.

Es un comentario importante en la sesión porque da lugar a la reflexión de si las personas eligen qué les gusta de la pareja o si la pareja tiene que estar haciendo constantes esfuerzos para ser de su agrado: ¿cómo era cuando iniciaron la relación?

Responden que al inicio de la relación eran ellas mismas. La reflexión concluye en que cada quién da lo que posee, sin embargo la otra persona puede tomarlo o no, es su decisión. Para poder estar satisfechos en una relación, cada quién da lo que posee y acepta lo que el otro le da (o le quiere dar) y la relación perdura hasta que ambos están de acuerdo. Sin embargo ellas tienen que estar seguras de que tienen algo que dar.

Ellas manifiestan deseo por desarrollar su autoestima porque se sienten mal con ellas mismas, como si no tuvieran nada que ofrecer a los demás. Se comenta que es importante seguir con su autoconocimiento, ya que una persona no puede estimar lo que no conoce. Se dice que se toma en cuenta para futuro el tema que mencionan pues esta es la penúltima sesión del ciclo.

Para finalizar se recuerda que la siguiente sesión es la última y durará una hora más porque primero es la participación del ginecólogo y después se hace el cierre con un convivio.

3.3.2.14. Sesión 14: Ginecólogo

A esta sesión asisten las 6 participantes y la adolescente embarazada que llegó al final de la sesión 12. Esta es la última sesión que se divide en dos partes: participación del ginecólogo y cierre/convivio del proyecto.

La sesión da inicio con la exposición del ginecólogo, quién les pide que si existe alguna duda sobre lo que él explica lo interrumpan con confianza, además pregunta si están utilizando algún método anticonceptivo y cuál es.

Dos mencionan no utilizan ninguno, dos toman pastillas y dos traen el DIU pero no están cómodas con éste método pero es el que les pusieron en el Seguro Social al nacer sus bebés.

Una de ellas menciona que no se ha sentido bien y que quiere dejar el DIU pero no está segura de qué otro utilizar, ha escuchado sobre un parche pero no sabe si sirve. El ginecólogo responde que los síntomas que menciona si pueden estar relacionados con el uso del DIU y que va a comenzar su explicación sobre diferentes métodos para cuidarse hablando de este anticonceptivo.

La otra participante que también utiliza el DIU dice que en el Seguro le sugirieron la salpingoclasia pero que no está segura. Se le responde que esa es una decisión muy importante, la invita a escuchar la información para que ella pueda formar una opinión.

El ginecólogo habla de la ventaja en general del uso de métodos anticonceptivos y explica que se clasifican en reversibles e irreversibles. Expone algunos de ellos mencionando sus implicaciones:

Reversibles

De barrera: preservativo y diafragma

Hormonales: píldora, píldora de emergencia, anillo vaginal, parche transdérmico, implante subdérmico, sistema intrauterino de liberación, inyectables.

Mecánicos: Dispositivo Intrauterino DIU

Químicos: Espermaticida

Naturales

Irreversibles

Vasectomía

Ligadura de trompas

Las adolescentes están interesadas en la exposición y hacen preguntas si no entienden algo o comentan algunos de los síntomas que han tenido al utilizar algún método. El ginecólogo hace hincapié en que ellas mismas hagan la elección y no se dejen presionar por trabajadores de la salud, que averigüen y pregunten si no se sienten cómodas.

Con la explicación las adolescentes resuelven varias dudas y agradecen la visita del especialista.

Las asistentes reflexionan sobre si desean utilizar algún método y cuál pueden elegir. Se les pide que en una hoja lo escriban y por qué piensan que ese les puede ser útil.

A continuación, se prosigue con la aplicación del cuestionario de evaluación final. Al terminar se les pregunta si quieren compartir algo sobre cómo se han sentido o lo aprendido.

4. Evaluación

La primera en hablar dice que está muy contenta con lo que ahora sabe porque ya le pregunta al pediatra si tiene dudas en lugar de preocuparse por las cosas que le dicen en su casa sobre la salud de su bebé, también dice que observa cómo hace la bebé los ejercicios de estimulación muy feliz y que la ha notado más tranquila para dormir. A ella le gusta mucho venir cada sábado y siente que tiene amigas que la comprenden. Desea seguir con el grupo como es.

Otra participante dice también estar muy contenta. Piensa que le ha servido mucho el grupo porque tiene dos hijas y ha podido aprovechar más la información porque ahora la

aplica para las dos. Dice que le gusta mucho aprender pero con las niñas pasa mucho tiempo en su casa y el grupo es una oportunidad para salir y aprender y tener amigas.

Una de las adolescentes que no está en el grupo desde el embarazo dice que ella es muy feliz asistiendo porque después de la depresión se sintió sola y que con el grupo ve que hay otras chavas que viven cosas parecidas y que le gusta poder salir y que su hijo puede participar. Dice que no sabe si podrá seguir asistiendo porque decidió graduarse pero le falta el servicio social y es los sábados.

Después de un momento de silencio se pregunta si alguien más quiere participar. Otra integrante dice que le han gustado las reflexiones que se hacen sobre ellas mismas y que algunas cosas le han servido para darse cuenta el apoyo que tiene en su familia y en sus amigas, sobre todo cuando vivió el proceso de salir de su casa para rentar y luego regresar. Dice que algunas de las participantes ya tienen mucho tiempo juntas desde el embarazo y han vivido muchas cosas y ve que aunque hay nuevas participantes tienen cosas en común.

La adolescente embarazada dice que ella cuando el ginecólogo la invita a participar no piensa que fuera así el grupo, le gusta cómo es y los temas que ella ha visto aunque son pocos. Pregunta si el Club va a continuar porque ya que nazca su bebé ella quiere seguir y traerlo. Se le responde que van a seguir con sesiones de conocimiento personal hasta diciembre que vienen las vacaciones y después se les avisa si se retoma y cuando.

Otra participante, la más reservada, comenta que ella no siempre habla pero que le gusta escuchar todo y que ha aprendido cosas y también le han ayudado en trabajo social por el problema que tiene su niño.

Por último la adolescente con menos tiempo en el grupo dice que a ella le ha servido conocer gente nueva que tiene bebés y lo que más le gusta de participar es poder tener pláticas con doctores dice que a ella le hubiera gustado no faltar pero si se enferma su bebé no lo quiere dejar solo. Además piensa comenzar a trabajar y no sabe si puede continuar, eso le pesa pero necesitan el dinero.

La gestora del proyecto agradece que compartan sus pensamientos y sentimientos dice que ella también ha aprendido escuchándolas y reconoce que todas aunque son diferentes se parecen en que son buenas personas que quieren superarse y sacar adelante a sus hijos. Les dice que trabajó muy a gusto con ellas y desea que sigan avanzando en su vida.

Al final se concluye con un convivio.

4. Evaluación

La evaluación implica todo un plan en sí mismo que va acorde con la planeación del programa y que permite valorar los resultados obtenidos y contrastarlos con los objetivos establecidos al inicio.

Para establecer la evaluación del presente proyecto se consideran las fases y algunos elementos propuestos por Álvarez y otros (2001: 85) (figura 7).

Quintero (2008: 44) explica que es un enfoque con gran auge en los años 90, proveniente de las ciencias sociales, en especial desde las facultades de educación, psicología y

Para los fines del proyecto: Club de madres adolescentes, la evaluación pretende valorar el grado de alcance de los objetivos planteados, siendo la gestora del proyecto responsable de dicho proceso para su presentación en el presente documento.

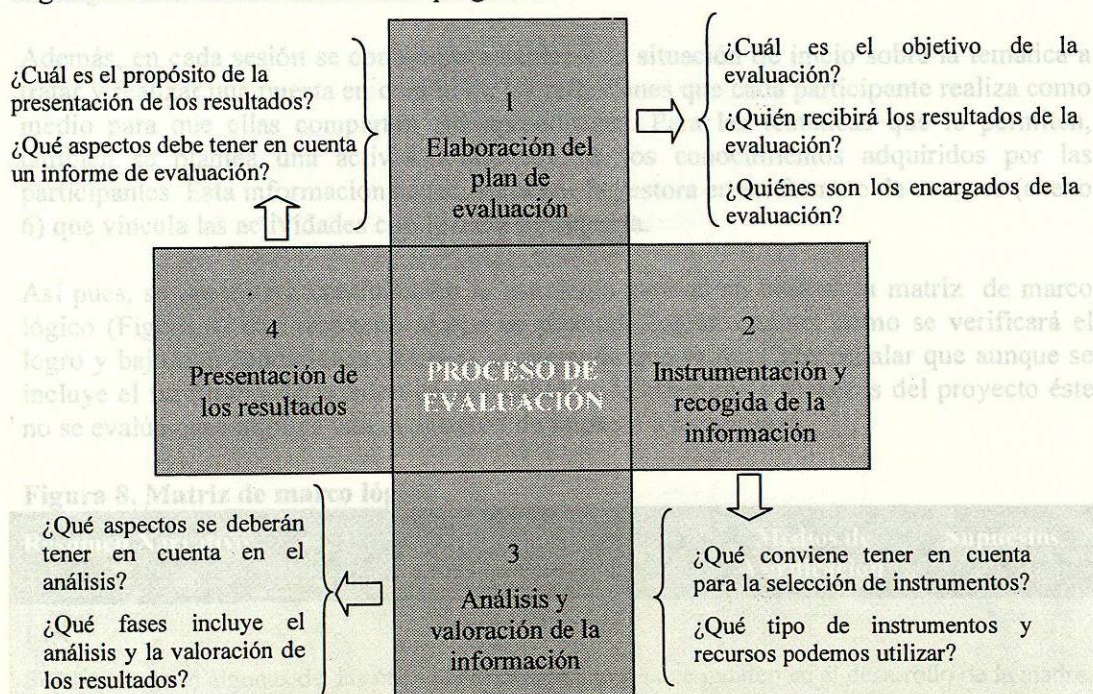
4.2 Estrategia de evaluación

Las metas del proyecto indican qué es lo que tiene que ser valorado y el grado que se aspira alcanzar.

Debido a que el proyecto plantea un Club en el que las madres adolescentes disfruten de un ambiente cómodo y abierto para compartir e informarse, se considera que la evaluación debe ser integrada a la dinámica de tal forma que las participantes no sientan que su conocimiento es puesto a prueba pues podría causar inhibición.

Considerando los elementos metodológicos para el abordaje del proyecto (investigación participativa), la evaluación debe tener como valor agregado que permita a las participantes reconocer conocimientos y reflexiones que integran a su vida.

Figura 7. Fases en la evaluación de programas



4.1 Tipo de evaluación

Bajo los objetivos y criterios antes mencionados uno de los tipos de evaluación que compagina con las necesidades del proyecto es el enfoque de evaluación formativa que, como menciona Rubio y otros “se realiza durante el proceso de intervención cuando se está realizando el programa educativo” (Rubio y otros, 2004:95).

Quintero (2008: 44) explica que es un enfoque con gran auge en los años 90, proveniente de las ciencias sociales, en especial desde las facultades de educación, psicología y

administración. Postula la evaluación como un proceso para la adquisición y construcción de saberes, promoviendo que el fin sea la comprensión y el aprendizaje.

4.2 Estrategia de evaluación

Para valorar el grado de alcance de los objetivos se requiere establecer un estatus inicial y un final, donde la diferencia señala el valor que se busca. Por ello, además de considerar la información del diagnóstico inicial, se aplica en la primer y última sesión un instrumento de valoración basado en un cuestionario para medir el bienestar subjetivo de Eysenck (anexo 7) que brinda los rangos en que cada adolescente se percibe con respecto a sus dimensiones psicológica y social.

Cabe señalar que el cuestionario original comprende quince apartados, en este caso se consideran los siete que guardan relación con los contenidos que aborda el proyecto, manejados por Eysenck como: emplear tiempo en relaciones sociales, parar las preocupaciones, desarrollar una personalidad saludable, desarrollar una personalidad extrovertida y social, eliminar sentimientos negativos y problemas, relaciones íntimas y nivel general de felicidad.

Además, en cada sesión se contempla establecer la situación de inicio sobre la temática a tratar y realizar una puesta en común de las reflexiones que cada participante realiza como medio para que ellas compartan sus aprendizajes. Para las temáticas que lo permiten, también se plantea una actividad que externe los conocimientos adquiridos por las participantes. Esta información se recolecta por la gestora en un formato de avances (anexo 6) que vincula las actividades con la meta perseguida.

Así pues, se presenta a continuación la estrategia general en base a la matriz de marco lógico (Figura 8) que responde al qué se pretende lograr, cuánto, cómo se verificará el logro y bajo qué condiciones externas se pretende que se dé. Cabe señalar que aunque se incluye el fin último de la intervención debido a los tiempos y alcances del proyecto éste no se evalúa pues implica una evaluación de impacto a largo plazo.

Figura 8. Matriz de marco lógico

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN			
Se han atenuado algunas de las principales problemáticas que inciden en el desarrollo de la madre y el bebé.			
PROPÓSITO	<i>A Julio de 2009:</i>		
Las madres adolescentes pertenecientes al Club de la Clínica y Centro Comunitario de Fomerrey 35 cuentan con orientación en el desempeño de su nuevo rol, durante los primeros	100% de las madres adolescentes cuentan con credencial del club para acceder a facilidades de FUALAC.	Registro de entrega de credencial.	La política de FUALAC sobre ofrecer facilidades en la clínica a miembros de sus grupos continúa.
	<i>A Septiembre de 2009:</i>		
	100% de las sesiones del club se llevan a cabo.	Informe de desarrollo de las	FUALAC mantiene interés por apoyar a

meses después del parto.		sesiones	adolescentes.
COMPONENTES			
1. Las madres adolescentes conocen recursos que facilitan cuidados bio-psico-sociales hacia su persona.	El 60% de las madres adolescentes mencionan un método de planificación familiar que podrían utilizar al término de las sesiones del proyecto.	Formato de avances	Las adolescentes interesadas asisten regularmente.
	El 60% de las madres adolescentes describe la relación entre sus acciones, pensamientos y sentimientos.	Formato de avances	Las condiciones ambientales y sanitarias son normales, es decir no hay un rebrote de influenza H1N1 u otra epidemia o desastre natural.
	El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos.	Formato de avances	
	El 60% de las madres adolescentes del club reconocen al menos una fuente de apoyo de la que pueden hacer uso.	Formato de avances	
2. Las madres adolescentes conocen sobre cuidados bio-psico-sociales que influyen en el desarrollo de los bebés.	El 60% de las madres adolescentes siguen el programa de control de niño sano al término de las sesiones del proyecto.	Formato de avances	
	El 60% de las madres adolescentes indican el menú de alimentación que corresponde a su bebé.	Formato de avances	
	El 60% de las madres adolescentes realizan al menos dos veces a la semana ejercicios de estimulación para su bebé al término de las sesiones del proyecto.	Formato de avances	
	El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos para sus hijos.	Formato de avances	
ACTIVIDADES			
1.1 Impartir plática con especialista sobre cuidados de la dimensión biológica.			
1.2 Aplicar dinámicas para el desarrollo de cuidados de la dimensión psicológica.			
1.3 Aplicar dinámicas para el desarrollo de cuidados de la dimensión social.			
2.1 Impartir plática con especialista sobre cuidados de la dimensión biológica.			
2.2 Impartir plática con especialista sobre cuidados de la dimensión psicológica y social.			
2.3 Enseñar sobre la estimulación temprana como cuidados biológicos, psicológicos y sociales			

4.3 Resultados de la evaluación

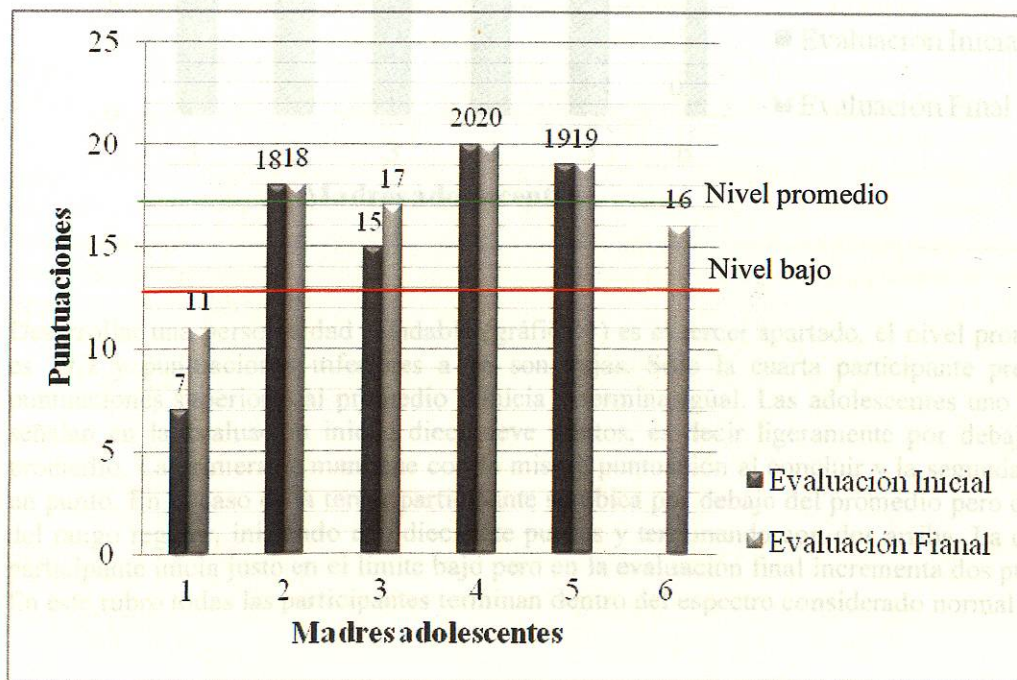
En esta sección se expone la situación al término de la intervención, valorada conforme a la estrategia planteada anteriormente.

Los resultados de la evaluación basada en el cuestionario de Eysenck se presentan por apartado y en gráficas que comparan la valoración inicial con la final de cada madre adolescente y se contrastan con un valor promedio y otro que indica el nivel en base al cual debe ponerse atención para mejorar, ambos valores están preestablecidos por el cuestionario. Es importante aclarar que cinco fueron las participantes constantes aunque hay una sexta integrante que se incorpora ya avanzado el proyecto así que no hay valoración inicial, sólo la que corresponde a la final del resto de sus compañeras pero que en realidad es su primer valuación.

El cuestionario comprende siete apartados y cada uno de éstos consta de tres ítems con afirmaciones a las que la persona asigna un valor del uno al nueve indicando el primero desacuerdo y el último total acuerdo. La puntuación del apartado equivale a la suma de los números marcados en cada ítem, excepto en el primer ítem sobre nivel general de felicidad en que se tiene que restar el número marcado al número diez y después sumarle los otros dos ítems.

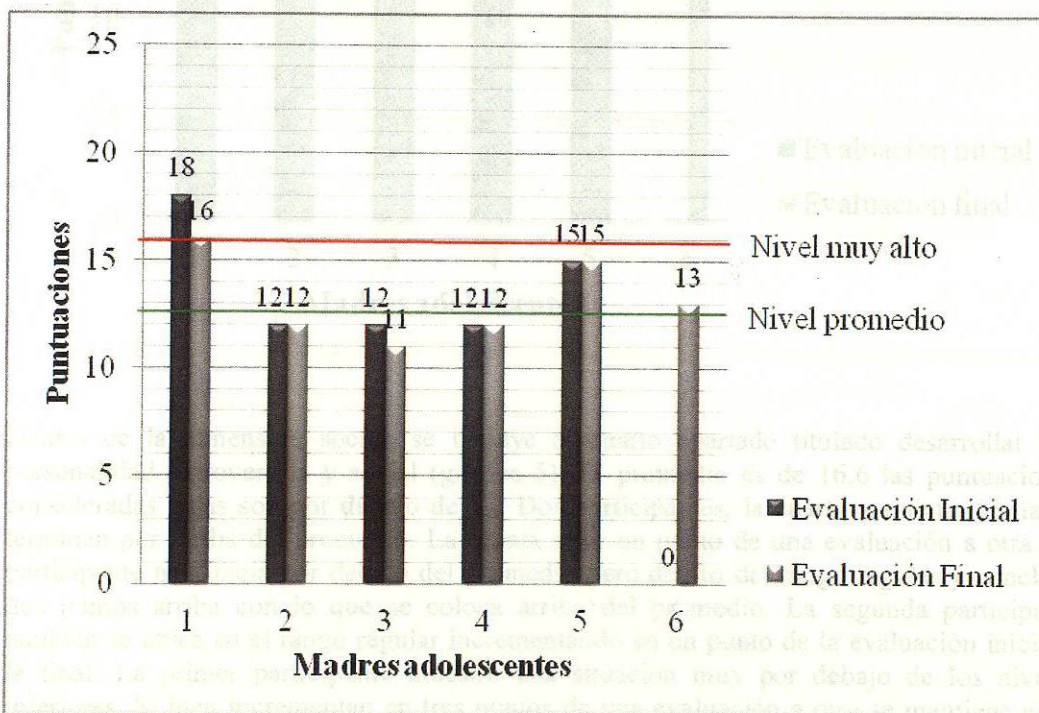
El primer apartado está vinculado con la dimensión social y se refiere a emplear tiempo en relaciones sociales (gráfica 2). La puntuación promedio es 17.6 considerando puntuaciones inferiores a 13 como bajas. En la evaluación inicial las participantes dos, cuatro y cinco se sitúan por arriba del promedio, manteniendo la misma puntuación en la evaluación final, lo que indica que este aspecto se encuentra en equilibrio. La tercer participante está dentro de un rango aceptable, iniciando con quince puntos y terminando con dos puntos arriba, incrementando su nivel. La primer participante se ubica por debajo del nivel bajo en ambas evaluaciones, sin embargo sube dos puntos de la evaluación inicial a la final. Es en ésta participante en quien requiere más atención en este aspecto.

Gráfica 2. Emplear tiempo en relaciones sociales

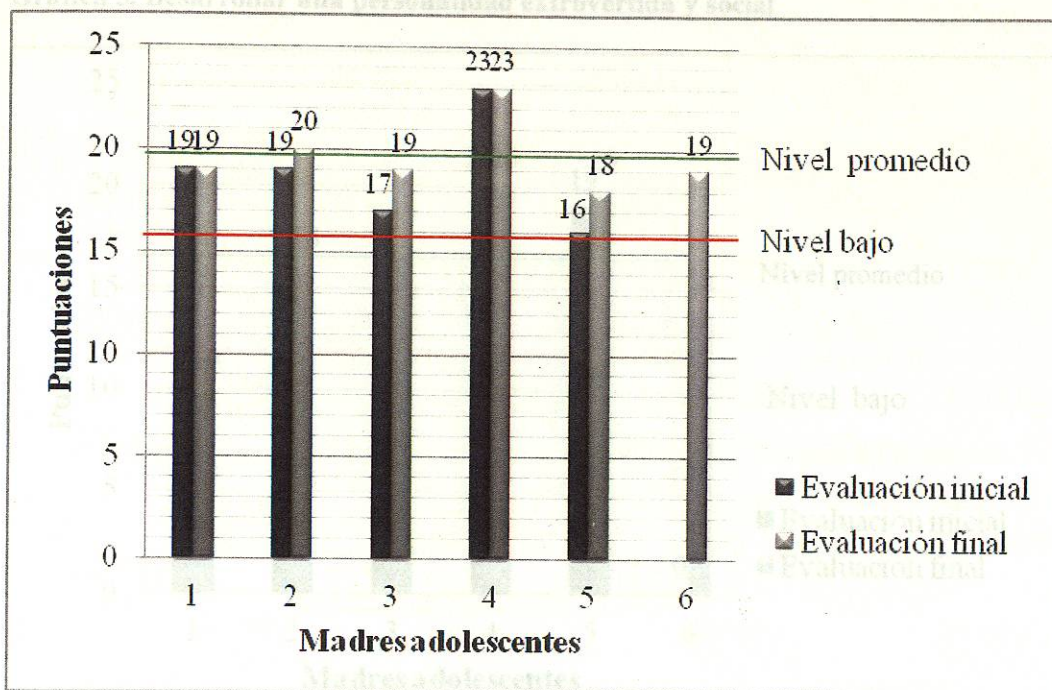


El segundo apartado se refiere a parar las preocupaciones (gráfica 3) y se relaciona con la dimensión psicológica, la puntuación promedio es 12.6 considerando las puntuaciones bajas como indicativas de felicidad y puntuaciones superiores a 16 como muy altas. Las participantes dos y cuatro se encuentran por debajo del promedio lo que representa un buen indicador, presentando valores iguales al inicio y final de su evaluación. La tercer participante está en la misma situación pero presenta variante de un punto hacia abajo en la evaluación final con respecto a la inicial. La participante cinco presenta puntuaciones por arriba del promedio pero dentro del rango normal, sin variación de una evaluación a otra. La primer participante indica dos puntos por arriba del nivel señalado como muy alto, descendiendo precisamente en dos puntos en la evaluación final, pero continúa en el nivel muy alto por lo que se requiere mayor trabajo con ella para lidiar con las preocupaciones.

Gráfica 3. Parar las preocupaciones



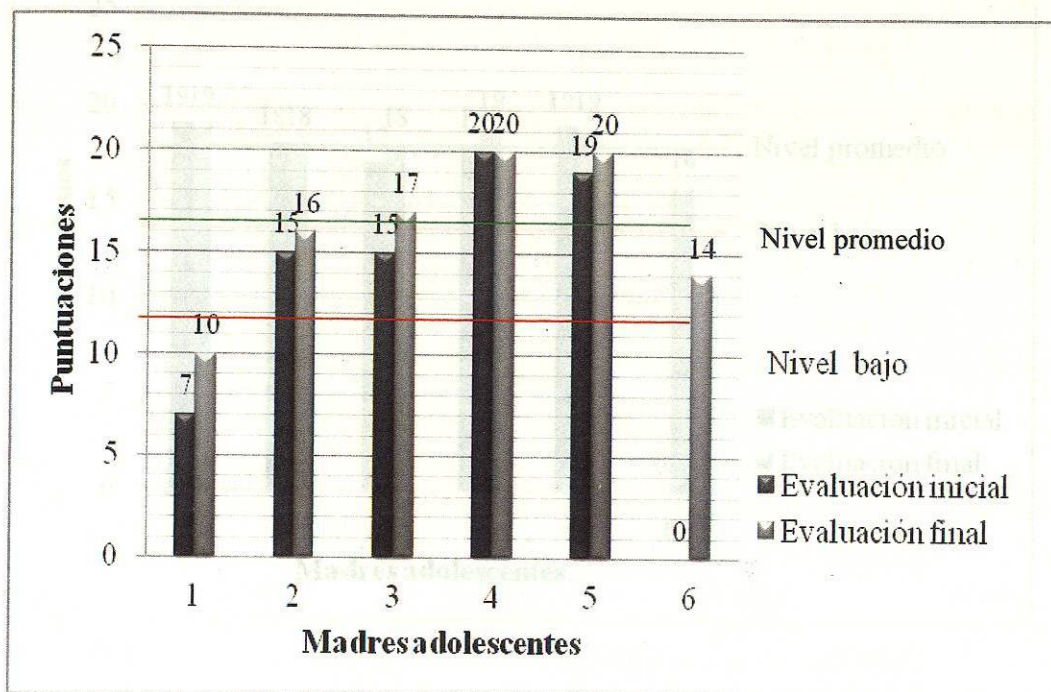
Desarrollar una personalidad saludable (gráfica 4) es el tercer apartado, el nivel promedio es 19.7 y puntuaciones inferiores a 16 son bajas. Sólo la cuarta participante presenta puntuaciones superiores al promedio e inicia y termina igual. Las adolescentes uno y dos señalan en la evaluación inicial diecinueve puntos, es decir ligeramente por debajo del promedio. La primera se mantiene con la misma puntuación al concluir y la segunda sube un punto. En el caso de la tercer participante se ubica por debajo del promedio pero dentro del rango regular, iniciando con diecisiete puntos y terminando con dos arriba. La quinta participante inicia justo en el límite bajo pero en la evaluación final incrementa dos puntos. En este rubro todas las participantes terminan dentro del espectro considerado normal.

Gráfica 4. Desarrollar una personalidad saludable

Dentro de la dimensión social, se incluye el cuarto apartado titulado desarrollar una personalidad extrovertida y social (gráfica 5). El promedio es de 16.6 las puntuaciones consideradas bajas son por debajo de 12. Dos participantes, la cuarta y quinta, inician y terminan por arriba del promedio. La quinta sube un punto de una evaluación a otra. La participante tres inicia por debajo del promedio pero dentro del rango regular y concluye dos puntos arriba con lo que se coloca arriba del promedio. La segunda participante también se ubica en el rango regular incrementando en un punto de la evaluación inicial a la final. La primer participante muestra una situación muy por debajo de los niveles inferiores. Si bien incrementan en tres puntos de una evaluación a otra se mantiene en el rango de puntuaciones bajas. Se puede observar que el aspecto social requiere de especial atención para la participante uno.

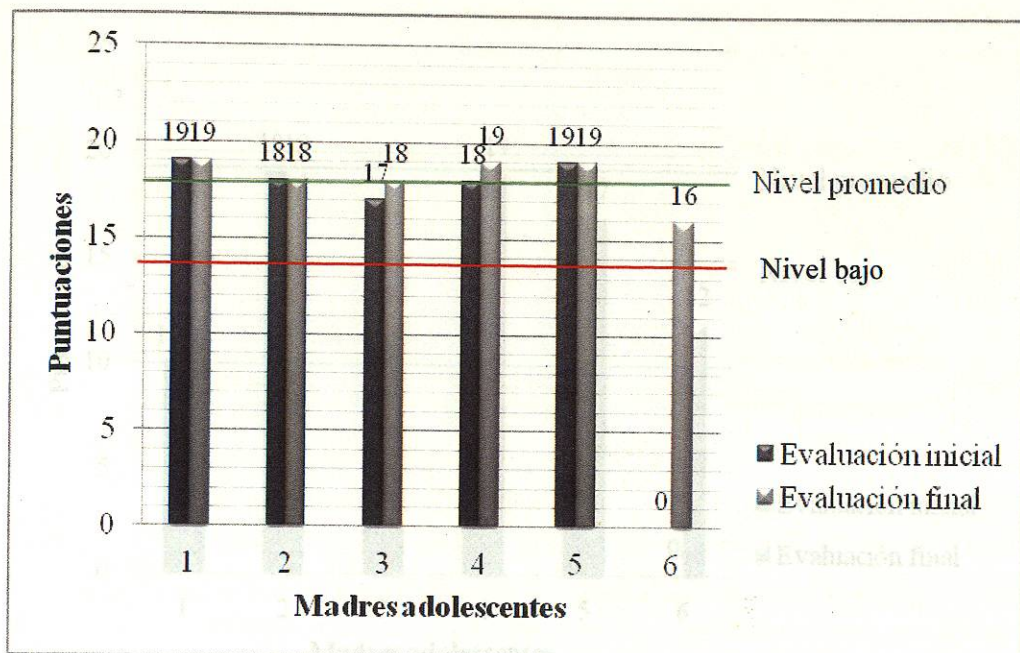
Gráfica 6. Eliminar sentimientos negativos y problemas

Gráfica 5. Desarrollar una personalidad extrovertida y social



Haciendo referencia a la dimensión psicológica se encuentra el quinto apartado, sobre eliminar sentimientos negativos y problemas (gráfica 6). El nivel promedio es de 18, puntuaciones inferiores a 14 son bajas. Las adolescentes uno y dos inician y terminan con la misma puntuación y por arriba del promedio por un punto. La participante dos se ubica en la puntuación promedio tanto al inicio como al final. La cuarta participante también inicia en la puntuación promedio pero incrementa un punto al concluir. Sólo la participante tres inicia por debajo del promedio y al terminar incrementa un punto por lo que en la evaluación final se ubica en el promedio. En este aspecto todas las integrantes se encuentran en un rango de equilibrio.

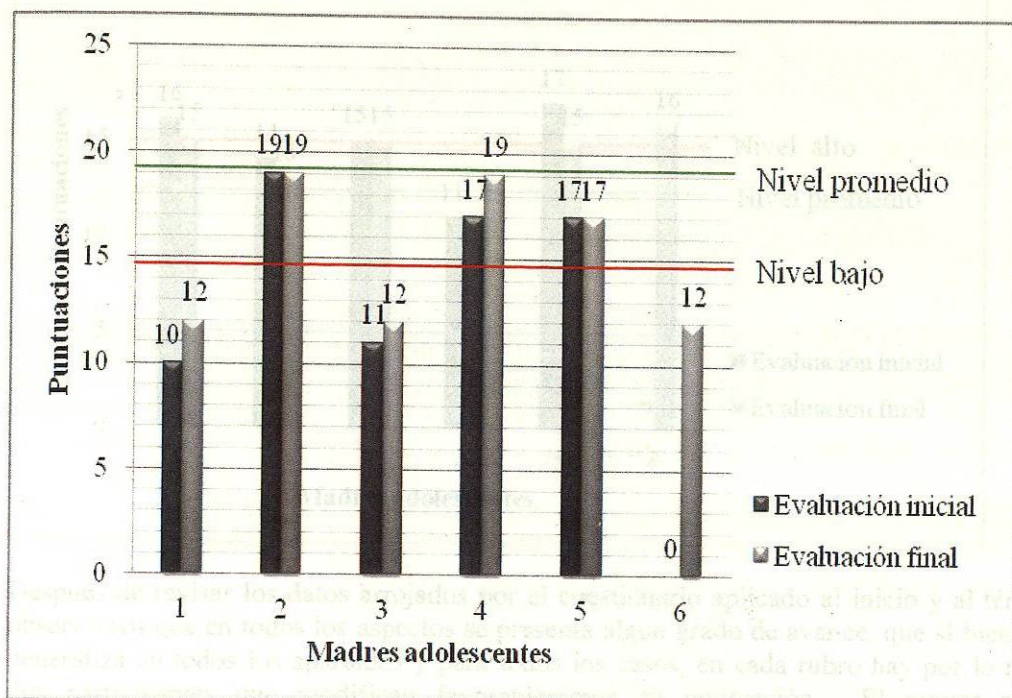
Gráfica 6. Eliminar sentimientos negativos y problemas



El Sexto apartado sobre relaciones íntimas se vincula con la dimensión social y hace referencia a relación de pareja, familia y amigos muy cercanos (gráfica 7). La puntuación promedio es de 19.1 y puntuaciones bajas las inferiores a 15. Sólo la participante dos inicia y concluye en puntuación promedio. La cuarta participante inicia en rango regular e incrementa dos puntos terminando en puntuación promedio. En la quinta participante no hay variación de evaluación inicial a final, con diecisiete puntos está en un rango regular. Las participantes uno y tres inician y terminan por debajo de los niveles inferiores, aunque en el caso de la primer participante sube dos puntos en la evaluación final, mientras que la tercer participante incrementa un punto. Ambas requieren continuar trabajando este aspecto pues si bien hay una ligera mejoría, los niveles finales son muy bajos.

Gráfica 8. Nivel general de felicidad

Gráfica 7. Relaciones íntimas

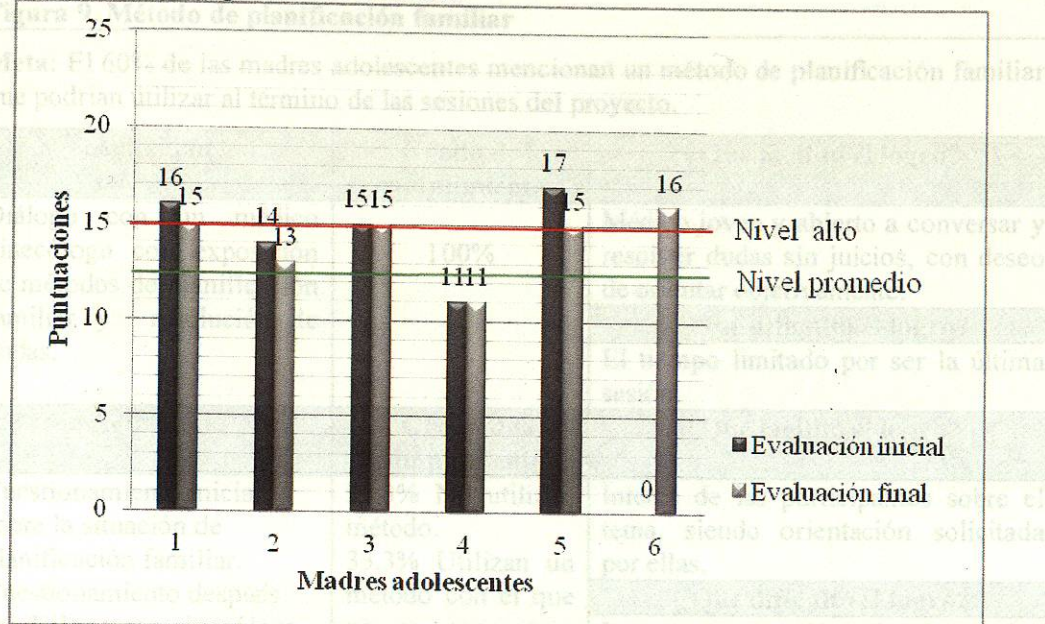


El séptimo y último apartado concentra la percepción que en general tiene la persona respecto a su nivel de felicidad (gráfica 8). El nivel promedio es de 12.8 y en este caso, una puntuación baja es indicativa de felicidad, por lo que puntuaciones superiores a 15 son consideradas altas. La adolescente cuatro mantiene la puntuación de once al inicio y final, siendo la única ubicada por debajo del promedio. La participante dos desciende un punto de la evaluación inicial a la final y se encuentra dentro del rango regular, por encima del promedio pero por debajo del nivel alto. La tercer participante inicia y termina con quince puntos, justo en el límite del nivel alto. Las adolescentes uno y cinco rebasan el nivel alto pero ambas tienen un descenso en la evaluación final, la primera de un punto y la quinta de dos puntos, concluyendo en el límite señalado como alto.

Según los resultados obtenidos es evidente que ninguna integrante del club se ubica en todo el cuestionario por debajo del promedio indicado para los siete aspectos, pero sí podemos hablar de un proceso en el que cada una va cambiando y que es recomendable continuar acompañando.

Si bien para una participante en particular, es importante atender el aspecto social, si se habla del grupo en consideración de todos los apartados, la dimensión psicológica requiere de seguimiento en lo referente a sentimientos y relaciones íntimas.

El resto de los resultados se presentan a continuación en el formato de avances (anexo 2) utilizando para cada meta, describiendo las acciones que permiten trabajar hacia el logro de los objetivos. Cabe señalar que para calcular el cumplimiento de una meta se considera el número de adolescentes que cumplen con las actividades correspondientes.

Gráfica 8. Nivel general de felicidad

Después de revisar los datos arrojados por el cuestionario aplicado al inicio y al término, observamos que en todos los aspectos se presenta algún grado de avance, que si bien no se generaliza en todos los apartados y para todos los casos, en cada rubro hay por lo menos dos participantes que modifican favorablemente su puntuación. El mayor avance presentado por una participante es de cuatro puntos (gráfica 2).

Este cuestionario permite ver muy claramente el aspecto que requiere de mayor atención en cada adolescente y se complementa con lo que a lo largo de las sesiones cada participante va manifestando como dificultad o problemática a través de narraciones sobre situaciones cotidianas o en los ejercicios realizados.

Para todas las participantes el Club es el único espacio en el que han establecido nuevas relaciones sociales, diferentes a las que tienen desde que se convirtieron en madres. También es el único medio a través del cual reflexionan sobre sus sentimientos y situaciones de vida.

Según los resultados obtenidos es evidente que ninguna integrante del club se ubica en todo el cuestionario por encima del promedio indicado para los siete aspectos, pero si podemos hablar de un proceso en el que cada una va caminando y que es recomendable continuar acompañando.

Si bien para una participante en particular, es importante atender el aspecto social, si se habla del grupo en consideración de todos los apartados, la dimensión psicológica requiere de seguimiento en lo referente a sentimientos y relaciones íntimas.

El resto de los resultados se presentan a continuación en el formato de avances (anexo 8) utilizado para cada meta, describiendo las acciones que permiten trabajar hacia el logro de los objetivos. Cabe señalar que para calcular el cumplimiento de una meta se considera el número de adolescentes que cumplen con las actividades correspondientes.

Figura 9. Método de planificación familiar

Meta: El 60% de las madres adolescentes mencionan un método de planificación familiar que podrían utilizar al término de las sesiones del proyecto.

Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Diálogo con un médico ginecólogo con exposición de métodos de planificación familiar y resolución de dudas.	100%	Médico joven y abierto a conversar y resolver dudas sin juicios, con deseo de orientar objetivamente.
		¿Qué dificultó el logro?
		El tiempo limitado por ser la última sesión.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Cuestionamiento inicial sobre la situación de planificación familiar.	33.3% No utilizan método.	Interés de las participantes sobre el tema, siendo orientación solicitada por ellas.
Cuestionamiento después del diálogo con ginecólogo.	33.3% Utilizan un método con el que no se encuentran cómodas impuesto en el IMSS	¿Qué dificultó el logro?
	33.3% Utilizan un método por decisión personal	La reprogramación de la sesión siendo la última del programa cuando al haberse llevado a cabo previamente podría haberse dado mayor seguimiento.

Resultado Final

66.6% Mencionan las pastillas anticonceptivas como posible método a utilizar.

33.3% Mencionan el parche como posible método a utilizar.

100% de las madres adolescentes mencionan un método de planificación familiar que podrían utilizar por decisión propia.

Figura 10. Relación entre acciones, pensamientos y sentimientos.

Meta: El 60% de las madres adolescentes describe la relación entre sus acciones, pensamientos y sentimientos.

Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Reconociéndome: Cada participante enlista las propias características clasificándolas en las que le gustan y disgustan e identifica cuales puede cambiar.	66.6%	La actividad gusta. La puesta en común ayuda a clarificar y reflexionar.
		¿Qué dificultó el logro?
		Toma tiempo porque no es habitual realizar este tipo de reflexiones sobre la propia persona. Sólo cuatro participantes realizan el ejercicio.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Identificando sentimientos: cada participante identifica	66.6%	Las participantes ya se conocen y eso ayuda para sentir confianza y

y comparte los sentimientos que surgen ante diversas situaciones cotidianas.		compartir. La hoja para completar sentimientos es buen apoyo para no partir de cero.
Resultado Final El 68.6% de las madres adolescentes describe la reflexión y sentimientos.		¿Qué dificultó el logro? Es la primera vez que realizan este tipo de reflexión. Sólo cuatro participantes realizan el ejercicio.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Mi escultura: cada participante identifica sentimientos y pensamientos sobre la propia persona. Se reflexiona sobre la autoconstrucción.	66.6%	La actividad gusta y forma parte de una secuencia de actividades de reflexión sobre sentimientos.
		¿Qué dificultó el logro? Sólo cuatro participantes realizan el ejercicio.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Pensar, sentir y actuar: cada participante reconoce lo que hace en una situación según lo que piensa y/o siente. Se reflexiona sobre la importancia de identificar la relación entre los pensamientos, sentimientos y acciones.	83.3%	El cuadro de apoyo en que la reflexión la realizan por escrito. Ejercitarse durante una semana. Compartir el ejercicio con otras personas. Las seis participantes realizan el ejercicio.
		¿Qué dificultó el logro? Falta de claridad sobre lo que es un sentimiento. Solo cinco participantes realizan el ejercicio durante la semana.
Resultado Final 83.3% de las participantes describen la relación entre sus pensamientos, sentimientos y acciones.		

Figura 11. Refuerzos positivos.

Meta: El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos.		
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Dar y recibir: cada participante identifica lo que es un refuerzo positivo y reconoce la importancia de darlo y recibirlo.	83.3%	Tienen tiempo de convivir como grupo.
		¿Qué dificultó el logro? Manifiestan no estar acostumbradas a dar y recibir refuerzos positivos.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Ejercicio de práctica sobre dar y recibir refuerzos	66.6%	Les entusiasma el ejercicio
		¿Qué dificultó el logro?

positivos.		Una de las participantes no realiza el ejercicio dando como motivo que lo olvidó y otra adolescente no asiste a la sesión.
Resultado Final El 66.6% de las madres adolescentes describe la relación entre sus acciones pensamientos y sentimientos.		

Figura 12. Fuente de apoyo.

Meta: El 60% de las madres adolescentes del club reconocen al menos una fuente de apoyo de la que pueden hacer uso.

Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Red social: cada participante identifica qué es una red social, el apoyo que brinda y reconoce a las personas que forman parte de la propia red.	83.3%	La propuesta de plasmar en esquema les da claridad para identificar los apoyos alrededor.
		¿Qué dificultó el logro? En un principio sólo identificar apoyos económicos. La actividad la realizan cinco participantes
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Red social: yo como apoyo. Cada participante reconoce el apoyo que brinda como parte de una red social.	100%	Las seis integrantes del club realizan la actividad. Haber reflexionado anteriormente sobre el tipo de apoyo que reciben.
		¿Qué dificultó el logro? Al pensar en apoyo hay asociación con ayudar económicamente y no es un rubro con el que pueden contribuir.

Resultado Final

El 83.3 % de las adolescentes del club reconocen al menos una fuente de apoyo de la que pueden hacer uso.

Figura 13. Control del niño sano.

Meta: El 60% de las madres adolescentes siguen el programa de control de niño sano al término de las sesiones del proyecto.

Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Diálogo con un médico pediatra que explica qué es el control del niño sano y su importancia.	100%	Las adolescentes muestran mucho interés sobre la oportunidad de dialogar con el pediatra. Libremente expresan sus dudas porque se sienten en confianza. Las seis adolescentes participan.

práctica y enseña ejercicios de estimulación para los bebés.		¿Qué dificultó el logro? Algunas adolescentes realizan preguntas muy específicas por lo que la respuesta del especialista es que requiere consultar.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Seguimiento a la participación en el programa de control de niño sano.	100%	Es una actividad que ya realizaban sin saberlo y sin conocer su importancia. Las seis adolescentes participan.
Realizar ejercicios dos veces por semana durante	66.6%	¿Qué dificultó el logro? Anteriormente dos participantes han faltado a citas de control.
Resultado Final 100% de las adolescentes siguen el programa de control de niño sano al término del proyecto.		

Figura 14. Menú de alimentación

Meta: El 60% de las madres adolescentes indican el menú de alimentación que corresponde a su bebé.

Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Diálogo con un médico pediatra que expone los alimentos apropiados en diferentes etapas de los bebés.	100%	El especialista brinda ejemplos muy concretos de lo que puede y no comer un bebé.
		¿Qué dificultó el logro? Tiempo reducido para el tema.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Ejercicio de elaboración de menú del propio bebé.	100%	Ejemplos que recibieron en la plática. Las seis participantes realizan el ejercicio.
		¿Qué dificultó el logro? La variedad de alimentos que conocen las adolescentes es limitada.
Resultado Final 100% de las madres adolescentes indican el menú de alimentación que corresponde a su bebé.		

Figura 15. Ejercicios de estimulación.

Meta: El 60% de las madres adolescentes realizan al menos dos veces a la semana ejercicios de estimulación para su bebé al término de las sesiones del proyecto.

Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Diálogo con una experta en estimulación temprana que expone las ventajas de la	83.3%	Todas las adolescentes se interesan mucho en el tema. La experta se identifica

práctica y enseña ejercicios de estimulación para los bebés.		rápidamente con las participantes.
		¿Qué dificultó el logro?
		Sólo cinco participantes asisten.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Cada participante describe y practica ejercicios y cantos de estimulación temprana.	83.3%	Es una actividad nueva para realizar con sus hijos.
		¿Qué dificultó el logro?
		Sólo cinco participantes asisten.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Realizar ejercicios dos veces por semana durante las siguientes 5 semanas.	66.6%	A los bebés les gusta la actividad y en ocasiones los calma.
		Es una alternativa de convivencia armónica con su hijo.
		¿Qué dificultó el logro?
		Sólo cuatro participantes son constantes.
Resultado Final		
66.6% de las madres adolescentes realizan al menos dos veces por semana ejercicios de estimulación para su bebé.		

Figura 16. Ejemplificación de refuerzos positivos

Meta: El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos para sus hijos.		
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Diálogo con una psicóloga sobre el manejo de la conducta de los hijos.	66.6%	Exposición clara, con ejemplos y sugerencias prácticas.
		¿Qué dificultó el logro?
		El horario corto por haber sido una sesión en viernes. Sólo asisten cuatro adolescentes.
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
Ejercicio en que cada participante brinda ejemplos sobre refuerzos positivos aplicados a sus hijos.	66.6 %	El ejercicio de la sesión dar y recibir en que practicaron consigo mismas. Los ejemplos compartidos en la sesión.
		¿Qué dificultó el logro?
		Sólo dos asisten cuatro participantes.
Resultado Final		
66.6% de las madres ejemplifica refuerzos positivos para sus hijos.		

Como segundo logro se puede mencionar el avance en relación a la situación socio-emocional de las adolescentes, que si bien se refleja en el logro de algunas de las metas, vale la pena resaltar el hecho de que todas las participantes manifiestan evolución positiva en por lo menos dos de los siete apartados analizados.

El cuadro a continuación (Figura 17), exhibe las puntuaciones dadas por las participantes en el cuestionario de bienestar subjetivo de Eysenck. Las columnas indican los siete apartados sobre los que se les cuestiona tanto al inicio (I) como al final (F) de las sesiones y las seis filas corresponden a cada participante. El status de cada adolescente se compara con las puntuaciones preestablecidas por el instrumento. Las casillas naranja oscuro indican alerta pues los valores están dentro del rango para poner atención. Las casillas amarillas indican que se encuentran en el límite de puntuación para poner atención. El color naranja claro indica mejora en la situación, pero que aun se está en el rango de atención. El color verde claro señala que el valor está dentro de la puntuación promedio y el color verde oscuro señala un avance en las puntuaciones que se encuentran en el rango promedio.

CAPITULO 3.

Figura 17. Puntuaciones del cuestionario de bienestar subjetivo de Eysenck

5. Resultados

Como consecuencia de la intervención se obtienen resultados que pueden ser o no esperados, es decir, aquellos productos que se buscan intencionadamente al formular las metas y otros que se dan en el proceso pero que no son programados, pudiendo ser positivos y/o adversos.

Si bien en el último apartado del capítulo anterior se presentan los resultados arrojados por la evaluación, a continuación se muestran a manera de reflexión final, las conclusiones relacionadas tanto con lo intencionado como con lo obtenido fuera de lo planeado.

5.1 Alcances y limitaciones del proyecto

El primer alcance a señalar es el logro de las ocho metas, cada una de las cuales pretende por lo menos cubrir un 60%:

- El 100% de las madres adolescentes mencionan un método de planificación familiar que podrían utilizar al término de las sesiones del proyecto.
- El 83.3% de las madres adolescentes describe la relación entre sus acciones, pensamientos y sentimientos.
- El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos
- El 60% de las madres adolescentes del club reconocen al menos una fuente de apoyo de la que pueden hacer uso.
- El 60% de las madres adolescentes siguen el programa de control de niño sano al término de las sesiones del proyecto.
- El 60% de las madres adolescentes indican el menú de alimentación que corresponde a su bebé.
- El 60% de las madres adolescentes realizan al menos dos veces a la semana ejercicios de estimulación para su bebé al término de las sesiones del proyecto.
- El 60% de las madres ejemplifica refuerzos positivos para sus hijos.

Como segundo logro se puede mencionar el avance en relación a la situación socio-emocional de las adolescentes, que si bien se refleja en el logro de algunas de las metas, vale la pena resaltar el hecho de que todas las participantes manifiestan evolución positiva en por lo menos dos de los siete apartados analizados.

El cuadro a continuación (Figura 17), exhibe las puntuaciones dadas por las participantes en el cuestionario de bienestar subjetivo de Eysenck. Las columnas indican los siete apartados sobre los que se les cuestiona tanto al inicio (I) como al final (F) de las sesiones y las seis filas corresponden a cada participante. El status de cada adolescente se compara con las puntuaciones preestablecidas por el instrumento. Las casillas naranja oscuro indican alerta pues los valores están dentro del rango para poner atención. Las casillas amarillas indican que se encuentran en el límite de puntuación para poner atención. El color naranja claro indica mejora en la situación, pero que aún se está en el rango de atención. El color verde claro señala que el valor está dentro de la puntuación promedio y el color verde oscuro señala un avance en las puntuaciones que se encuentran en el rango promedio.

Figura 17. Puntuaciones del cuestionario de bienestar subjetivo de Eysenck

		Apartado 1		Apartado 2		Apartado 3		Apartado 4		Apartado 5		Apartado 6		Apartado 7	
Puntuación dentro del promedio		17.6		12.6		19.7		16.6		18		19.1		12.8	
Puntuación para poner atención		menor a 13		mayor a 16		menor a 16.6		menor a 12		menor a 14		menor a 15		mayor a 15	
Evaluación		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Participante	1	7	11	18	16	19	19	7	10	19	19	10	12	16	15
	2	18	18	12	12	19	20	15	16	18	18	19	19	14	13
	3	15	17	12	11	17	19	15	17	17	18	11	12	15	15
	4	20	20	12	12	23	23	20	20	18	19	17	19	11	11
	5	19	19	15	15	16	18	19	20	19	19	17	17	17	15
	6	0	16	0	13	0	19	0	14	0	16	0	12	0	16

Con este concentrado es fácil detectar que en ningún caso hay retrocesos y mejor aún: de los 35 pares de puntuaciones comparadas en 19 hay mejoría, 15 estabilidad dentro del rango promedio y sólo en 1 no hubo variación dentro de las puntuaciones para poner atención.

Al observar en lo individual, se muestran las mejoras hasta en seis apartados en una de las participantes.

Sumando los resultados a nivel metas y los referentes a aspectos psicosociales vemos que provienen de una estructura de atención que abarca diferentes “frentes” como lo sugieren algunos autores, citados en el capítulo anterior, que hablan sobre el servicio a madres adolescentes.

Haciendo un análisis de dicha estructura, se encuentran características que la conforman y moldean el espíritu de la misma:

- El planteamiento del proyecto se realiza desde el consenso con las beneficiarias.
- Modalidad de Club en el que conviven personas de la misma edad que atraviesan por circunstancias similares.
- Apoyo de diferentes expertos sensibles a la edad y situación de las participantes.
- Atención tanto de las necesidades personales como del cuidado de los hijos.
- Facilitadoras que coordinan las actividades favoreciendo la expresión libre y respetuosa de cada persona en un ambiente de reflexión y aprendizaje continuo.

Esto genera:

1. **Interés e identificación de las adolescentes por los diversos temas abordados.** En diferentes sesiones las participantes expresan la relación de los temas expuestos con su situación y el deseo de saber más al respecto o de aplicar lo aprendido, además, la importancia que guardan los contenidos con su realidad la ponen de manifiesto al preguntar dudas y cuestionar los planteamientos que se les presentan.
2. **Identificación de cada participante con el resto del grupo.** Con frecuencia en las reuniones las participantes comparten situaciones y experiencias que el resto del grupo manifiesta haber experimentado o estar experimentándolo. Además, de forma explícita comentan que comparten actividades que no comparten con otras amigas que todavía no son madres.
3. **Creación de vínculos de amistad y apoyo.** Algunas de las integrantes del club hicieron amistad durante el embarazo, cuando asistían al grupo de atención a adolescentes embarazadas y es un lazo que han cultivado e incrementado acogiendo también a las nuevas integrantes a quienes les han manifestado su comprensión y presencia ante lo que cuentan y viven. Tal vez todavía no se ha llegado al grado de amistad entre unas y otras pero sí ha habido integración y aceptación activa, es decir, preguntando unas por otras si no asisten, colaborando cuando alguna requiere de algo. Su relación va más allá de la sesiones, reuniéndose y procurándose fuera del horario del club.
4. **Descubrimiento y ejercitamiento de las capacidades individuales de autoanálisis, reflexión y comunicación.** La mayoría de las actividades a desarrollar en las sesiones que no son con exposición de un experto requieren de que cada participante explore sus propios pensamientos, sentimientos, opiniones y vivencias. Esto representa un reto pues son habilidades poco practicadas por lo tanto es un proceso de aprendizaje en el autoconocimiento y expresión que toma tiempo y que depende de las condiciones en que cada participante llega al club y se dispone para trabajar.

• La falta de constancia en la asistencia de algunas participantes.

• La inclusión de algunas participantes posterior al inicio de las sesiones.

5. **Formación de un espacio de confianza para la reflexión personal, el desahogo y la búsqueda de soluciones a problemáticas de diversa índole.** La condición para que se gesten los procesos de los cuales se habla en el punto anterior es que las personas se sientan en confianza para ser ellas mismas, para probar, equivocarse y volver a intentar. Es importante generar respeto, escucha activa sin juicios pero con los cuestionamientos que permitan un análisis crítico. La pauta para todo esto es dada por las facilitadoras de club.
6. **Empoderamiento para asumir el rol de madre, basado en conocimiento y autoconfianza.** Como consecuencia de los contenidos seleccionados para las sesiones, las madres adolescentes tienen herramientas que les permiten tomar decisiones y acciones relacionadas con el cuidado de sus hijos.
7. **Reconocimiento de las propias necesidades, deseos, aspiraciones y carencias.** El recorrer el camino del autoconocimiento les permite a las adolescentes hacer consciente poco a poco lo que quieren y lo que no, primero para sí mismas y también para sus hijos. Algunas manifiestan deseos de terminar estudios relacionados con cosas que les gustan, otras desean trabajar no solamente por la remuneración económica, sino por la actividad en sí, una de ellas comenzó el servicio social que le hace falta para obtener su grado de preparatoria.

Con base en los resultados obtenidos aunados a estos siete elementos de reflexión sobre el proyecto se puede decir que el mismo logra orientar a las madres adolescentes, que han formado parte de este club, en el desempeño de su rol de madre como se pretende en el objetivo general.

Si bien no se eliminan todos los problemas en el desarrollo de la madre y su bebé, se cumple con la finalidad de atenuar algunas de las principales problemáticas que enfrentan, a través de la información e incluso de la práctica como en el caso de las sesiones de estimulación temprana.

Sin duda, a lo largo de su vida han de seguir enfrentando problemas nuevos, sin embargo la atención temprana es básica pues ésta puede prevenir el crecimiento en escalada de una problemática.

Un logro importante, con respecto a los objetivos específicos del proyecto, sobre capacitar a las madres adolescentes en recursos para los cuidados bio-psico-sociales tanto de ellas mismas como de sus hijos, es que ellas tomen decisiones con respecto a la planificación de su familia y de la atención médica que su bebé recibe, que conozcan opciones positivas para relacionarse con su bebé y además el crecimiento personal que vivieron reflejado en los avances dentro del cuestionario de bienestar subjetivo de Eysenck (figura 17).

Hablando ahora de las limitaciones del proyecto, se distingue que a nivel operativo hay involucrados algunos factores entre los que se pueden mencionar:

- Al inicio, la contingencia sanitaria de influencia H1N1 obliga a posponer el arranque de actividades del Club.
- La falta de constancia en la asistencia de algunas participantes.
- La inclusión de algunas participantes posterior al inicio de las sesiones.

- El cambio de día de una de las sesiones para la participación de la Lic. En psicología.
- El número de participantes. Si bien una cantidad mínima de asistentes no es un factor en detrimento del aprovechamiento de quienes hacen uso de este servicio, si afecta en términos de impacto. Aunque la indicación de la Fundación es atender a las personas que solicitan sus servicios, es evidente que entre más personas beneficiadas la transformación comunitaria es mayor.

Por otro lado, hay límites que tienen que ver con lo que se puede esperar del proyecto en sí mismo. Entre los más importantes se encuentran:

- **Limitaciones de tiempo para la profundización en los contenidos.** La información y dinámicas dentro del programa están ajustadas para los tiempos del proyecto, así que para extenderse según las necesidades e interés de las participantes es importante considerar que hay temas que requieren varias sesiones para mayor desarrollo.
- **La superación personal es un proceso individual.** Cada participante tiene su propia historia con sus propios logros y limitantes por lo que el avance o desarrollo tiene que ver con cada adolescente aunque se viva en grupo. Es por eso complicado establecer metas generales para los aspectos que tienen que ver con lo psicosocial y el proyecto no puede pretender forzar o generar procesos más allá de lo que las personas desean y pueden trabajar.
- **La situación económica adversa de las participantes.** Ha de considerarse que a veces las adolescentes necesitan trabajar y esto puede impedir la continuidad en su participación. Para algunas, incluso el pago de pasaje de transporte público para trasladarse de su casa al club representa una dificultad. Este tipo de aspectos escapan del control del proyecto aunque considerando la situación en ocasiones pueden tomarse medidas ante ciertas circunstancias.
- **El ejercicio de lo aprendido durante el proyecto depende de cada madre adolescente.** Como en cualquier dinámica educativa, se pueden constatar los aprendizajes al finalizar, aunque la utilización de los mismos a través del tiempo es una decisión personal de las participantes.
- **La selección de ciertos contenidos vinculados a los aspectos bio-psico-sociales es limitada.** A pesar de que los objetivos específicos del proyecto mencionan la capacitación para cuidados en los tres aspectos, es imposible abarcar toda la gama de elementos que comprenden cada uno de ellos, así que una limitante natural es que se tuvieron que quedar sin abordar algunos temas. Al menos esto se atenuó con la participación de las adolescentes en la elección de contenidos relevantes para su realidad concreta.

5.2 El Proyecto y el Trabajo Social

Evidentemente, el Club de madres adolescentes es un proyecto insertado en el Trabajo Social de grupo pues pretende el desarrollo del individuo a través de la experiencia de compartir con otros una situación similar, además de nutrirse de la dinámica y procesos de crecimiento y desarrollo en colectivo.

Es muy importante recordar que varias de las participantes estuvieron previamente en el grupo de adolescentes embarazadas de la misma institución y que al término del mismo,

después de haber dado a luz, fue iniciativa de ellas solicitar un grupo similar. Este gesto es muy alentador, pues el trabajo con adolescentes en un inicio requiere de mucho esfuerzo, pues dentro de las características de esta edad están la desconfianza a los adultos y una rebeldía natural. Se reconoce entonces, que con varias de las participantes había camino allanado por la experiencia anterior.

Si bien, el sentido del grupo es para intervenir en la problemática derivada de un embarazo en la adolescencia y para ello hay contenidos desde la educación no formal que buscan la capacitación en el rol de madres, destaca que el abordaje es más amplio y se atienden aspectos psicosociales relacionados con su ser persona y vivir la adolescencia.

Esto aporta a una visión de trabajo social no sólo que vislumbra problemas, también previene, pero sobre todo apoya el desarrollo de las personas. Ezequiel Ander Egg al respecto dice que el trabajador social "es más bien un "agente catalizador", en cuanto ayuda a "desatar" potencialidades para ayudar a que cada uno se haga persona" (Ander-Egg, 1996:249).

Las adolescentes participantes no perciben su maternidad como un problema, incluso en conversaciones informales narran la alegría al recibir la noticia y su ilusión al respecto, claro que manifiestan dudas, conflictos, inseguridades pero son vistas como lo propio a momentos de la vida y este es el tinte que ha tomado la intervención: lo visto en cada sesión es para incorporarlo a la propia historia: tal vez ayude a solucionar algún problema concreto o puede ser que simplemente incremente el sentimiento de bienestar o contribuya a la relación con los hijos o abra las posibilidades a otra forma de pensar o proceder, etc.

Complementando, Natalio Kisnerman hace referencia a dos abordajes diferentes en la atención a la juventud, el Club de Madres Adolescentes, es una propuesta que se identifica con la primera perspectiva por él planteada:

Mientras en los países desarrollados se apoya a los jóvenes en la consecución de sus locales como centros o casas de jóvenes para, desde un lugar seguro, procurar hacer un frente a las dificultades cotidiana y desarrollar perspectivas en la superación de su contexto vital, asumiendo ellos la organización y la experiencia de la convivencia democrática, en los países subdesarrollados, la represión, la exclusión y la institucionalización, parecen ser los medios para "combatir" a los jóvenes. Mientras en los primeros, el trabajo social utiliza una verdadera pedagogía del tiempo libre a través del asesoramiento y la animación, trabajando con grupos de dinámica abierta e informal y una oferta de actividades de puertas adentro orientadas hacia los deportes, juegos, jardinería, artesanía, música, plástica, lectura, manualidades, expresión literaria, publicidad, cocina, fotografía, periodismo, etc. Y hacia puertas afuera, con turismo social, campamentos, paseos, actividades comunitarias, en los segundos, se sigue predominantemente "atendiéndolos como casos sociales", sin contención afectiva, sin medios ni imaginación creativa para superar la agresión interna-externa, mientras existe toda una infraestructura de escuelas, clubes, con mucho tiempo ocioso, que deben ser utilizados como espacios para los jóvenes. El trabajo con seres humanos no puede estar dissociado de lo humano, de lo relacional (Kisnerman, 1998:201).

Claro que hay mucho más por hacer, lo que plantea este autor da pie a pensar en muchas actividades que pueden hacerse con este y otros grupos, lo importante es que el camino se ha iniciado y que hay quienes quieren recorrerlo.

En el libro "La juventud mexicana: una radiografía de su incertidumbre", Peñaloza titula uno de los apartados: "Mujer, Adolescente y Madre. El peor de los mundos" (2010:122) resaltando el hecho de una condición con "triple adversidad" por así decirlo. Pero desde la perspectiva antes mencionada, aún cuando el presente trabajo se ha desenvuelto en dicho contexto en el que subyace además la pobreza, es posible encontrar medios que permitan modificar ciertas situaciones, creencias, estados.

El trabajo de lo social ha implicado la conciencia de esas adversidades. Abordando varios aspectos, las madres adolescentes pueden lograr mejoría en sus condiciones, claridad en los conflictos que enfrentan. Hablando del trabajo social con mujeres, Kisnerman dice que frente a la problemática que viven es difícil pedirles que conformen grupos para trabajarla pero después de la insistencia y constancia de parte nuestra :

comprobamos que incluidas en talleres o grupos, se permiten hablar de ellas, de su relación de pareja, del amor, del cuerpo, de la sexualidad, de los hijos, de la violencia familiar, de su papel en la familia, en el barrio, en el trabajo. Se busca así revalorizarlas en su autoestima, de dar un sentido distinto a sus vidas, de que encuentren un tiempo para ser personas, de trabajar su afectividad para mejorar su nivel de relacionamiento con ellas mismas y con otros, y capacitarlas para todo lo que tiene relación con su existencia (Kisnerman, 1998:207).

En el Club, estas mujeres madres adolescentes, incrementan la información sobre temas que les incumben en lo cotidiano en relación a su persona y los roles que desempeñan, conocen un poco más y por ello cuentan con más opciones para decidir y organizar su vida. El galardonado economista Amartya Sen (Sen, 1997) habla de la expansión de capacidades humanas como motor no solo del desarrollo económico, también del político y social, dice que "el proceso de desarrollo puede considerarse como una ampliación de la libertad humana" (Sen, 1999:1)

Él explica que "Dadas sus características personales, sus antecedentes sociales, sus circunstancias económicas, etcétera, una persona tiene la habilidad para hacer (o ser) ciertas cosas que por alguna razón juzga valiosas" (Sen, 1998:69) con lo que, se puede concluir que al ampliar los conocimientos sobre la propia persona, sobre el mundo inmediato próximo pero también sobre el que rodea a éste, al escuchar o ver y poder comparar ideas, formas de hacer, ser o decir se aumentan los parámetros para juzgar y valorar y así elegir. Precisamente la elección es una de los pilares para la libertad humana, lo ideal es que las madres adolescentes sean y hagan lo que decidan en consciencia y conocimiento de causas y consecuencias y no como resultado de la rutina o repetición inconsciente de patrones familiares porque "la calidad de la vida tiene que ser juzgada no solamente por la forma en que terminamos viviendo, sino también por las alternativas substanciales que tenemos" (Sen, 1999:1).

Es pues el trabajo de los aspectos personales una de las aportaciones principales de esta intervención. La segunda, ha sido la identificación por parte de las participantes de puntos de apoyo: en las compañeras/amigas del grupo, en el grupo, en las facilitadoras, en la Fundación, en quienes las rodean. Esto permite que ante las dificultades sepan que pueden buscar o brindar motivación, orientación e incluso ayuda concreta como lo hizo el grupo con una de sus compañeras que requería mamilas para su bebé pues los suyos los habían roído los ratones.

De esta forma, este proyecto contribuye con la base para después formar redes, pues en los cimientos están el reconocimiento de las participantes de que a su alrededor hay personas o instancias de quienes pueden recibir apoyo y, muy importante, también ellas pueden ofrecer ayuda en la medida de sus posibilidades.

Otra línea de intervención a considerar se refiere a los padres de los adolescentes. En Si bien el trabajo del Club surge con contenidos muy puntuales para el tema de maternidad adolescente, un grato hallazgo al término del proyecto es que hay “tierra fértil” para seguir trabajando tanto a nivel individual como grupal y para posteriormente dar el paso a alcances comunitarios.

Kisnerman lo menciona, como parte de la labor del trabajador social que lleva a la persona de lo familiar a lo comunitario dejando de ser sólo receptora de beneficios y convirtiéndose en sujeto activo:

Creemos que hay que volcar el mayor caudal de recursos en ayudar a las familias para atender a sus niños, ver su presente más que su pasado deteriorado, reconstruirlas hacia el futuro, aumentar los niveles de solidaridad, organizando redes contenedoras, constructoras de identidades ciudadanas, de intercambio de ideas y experiencias entre entidades vinculadas que como agentes no tradicionales, constituyan la base sobre la que debe descansar un desarrollo sostenible. Por eso creemos importante que el trabajador social articule grupos de base, clubes de servicios, comisiones vecinales, de jóvenes, considerados ya como participantes y no como beneficiarios... (Kisnerman, 1998:201)

Viendo a futuro, ese sería el legado de una intervención con mayor duración y alcances, pues así, a la retirada del equipo de trabajo social hay una infraestructura de la que pueden echar mano los habitantes de la zona independientemente de los agentes externos que han ayudado pero son transitorios.

6. Recomendaciones

6.1 Posibles líneas de intervención futura

Como en toda realidad, en el tema de la maternidad adolescente interactúan diversos factores y actores que influyen y se ven afectados por la situación. Considerando las inquietudes y sucesos que a lo largo del proyecto expresaron las integrantes del club, se pueden vislumbrar líneas muy claras para trabajo a futuro que incluyan de manera sistémica dichos factores y actores que se vinculan directamente con ellas.

El primer actor que guarda una relación estrecha con la situación de las madres adolescentes es el padre de su hijo. Se puede trabajar en dos líneas: como papá y como compañero.

En comparación con la maternidad adolescente, la paternidad adolescente es un tema poco abordado, pero al pensar en la construcción de familias con miembros sanos y felices el rol del padre juega un papel determinante que en el caso de los adolescentes requiere también atención y orientación. Así también, la dinámica como pareja es un tema sobre el cual las adolescentes pusieron de manifiesto sus dudas y problemas. Si ya de por sí cualquier relación humana implica ciertas habilidades que permitan una convivencia armónica, la relación en una pareja de adolescentes que además se estrenan como padres, requiere la

adquisición y práctica de éstas en varios niveles: como personas en etapa adolescente, como personas que conforman una pareja, como padres a cargo de un hijo y miembros de una familia.

Otra línea de intervención a considerar se refiere a los padres de los adolescentes. En varios casos éstos vivieron la misma situación en la que actualmente se encuentran sus hijos por lo que se puede realizar trabajo que permita modificar esta tendencia, pero además mejorar las relaciones al interior de las familias y con respecto a la maternidad/paternidad de sus adolescentes.

Por otro lado, el trabajo en relación a los hijos de las adolescentes es una línea importantísima, que si bien puede combatir la tendencia que se acaba de mencionar sobre la maternidad/paternidad adolescente en la familia, el enfoque principal de intervención tiene que ver con lo abordado en el primer capítulo al exponer las consecuencias específicas que sufren los hijos de padres adolescentes, las cuales comprenden desde carencias nutricionales hasta en el desarrollo físico, cognitivo y psicoemocional.

También hace falta, echar un vistazo hacia el personal que brinda atención en la institución, como lo son enfermeras y médicos que reciben jóvenes en consulta, pudiendo convertirse todos en direccionadores a los servicios del club o de otros programas que se emprendan para atender a los adolescentes. El tema de la capacitación se vuelve vital, teniendo que considerar los aspectos teóricos como derechos y legislación, entre otros, pero también se requiere la formación en la sensibilización y empatía para con un grupo de población que para algunos pudiera parecer incomprensible por experimentar los cambios propios de la etapa que atraviesa, pero además, por ser tan diferente en motivaciones, intereses y discurso de aquél al que el prestador de servicios perteneció cuando contaba con la misma edad.

La última propuesta para futuras intervenciones tiene que ver con la situación económica de las madres adolescentes. Algunas de ellas provienen de familias de muy escasos recursos que viven en condiciones muy precarias y el nuevo miembro en la familia genera gastos que no pueden costear. Además, su dependencia a una pareja o a la familia también guarda relación con este aspecto. Convendría explorar la línea de proyectos productivos o capacitación para el autoempleo que amplíe el panorama y ofrezca herramientas para el futuro.

2.2 Sugerencias

En lo que respecta al Club de madres adolescentes, el entusiasmo e interés de las participantes es evidente, así que la oferta futura de actividades seguramente será bien recibida. Además de profundizar en los temas desarrollados a lo largo del presente proyecto, la opción que se considera pertinente es iniciar el abordaje en las líneas de intervención enlistadas en el apartado anterior.

Por otro lado, la Fundación Adelaida Lafón cuenta con suficiente personal profesional para conformar una propuesta integral de servicio a adolescentes, que es un sector normalmente relegado. La razón puede ser, como menciona Torres, que “tienen un mecanismo de defensa natural, la frecuencia de enfermar es baja y esto es quizá lo que lamentablemente ha hecho que los “servicios de salud” no los prioricen como grupo etario a diferencia de los niños o escolares” (Torres, 2004:20).

Bibliografía

El Departamento de Trabajo Social puede dar forma a la propuesta y coordinar la intervención de los diferentes actores, además de incluir instituciones que alrededor trabajen con este sector de la población, si es importante considerar las escuelas secundarias pero también hay que ver a los adolescentes que ya han desertado y que en los comentarios del diagnóstico inicial se mencionó que se reúnen en las esquinas. Estamos hablando de las redes que se pueden convertir en factor de desarrollo a nivel individual, grupal y comunitario.

Claro que hay que partir de lo básico, como antes se mencionó, primero es el proceso de conocimiento y confianza, sentar las bases sobre las que se podrá desarrollar el resto.

Este proyecto evidencia el papel fundamental que los aspectos psicosociales o de desarrollo humano tienen para las madres adolescentes, pero esto puede ser también aplicable al resto de los adolescentes de la zona, pues muchas de las inquietudes y situaciones son propias de su edad y contexto no necesariamente vinculadas con la maternidad.

- Aguilar, M. J. y J.L. Álvarez (2005). *Lactancia materna*. España: Elsevier.
- Álvarez, M. y otros (2001) *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. España: Wolters Kluwer (2da. edición).
- Casado, J. y otros (1997) *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Coleman, J.C. y L.B. Hendry (2003). *Psicología de la adolescencia*. España: Ediciones Morata (4ta. edición).
- Consejo Nacional de Población. *Sitio del Consejo Nacional de Población*, [en línea] <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/home> (página consultada el 6 de abril de 2009).
- Encinas, L. (20 de Julio de 2007) *En Nuevo León 32% de embarazos son de adolescentes*. El Norte, pp. 4.
- Fundación Adelaida Lafón A.C. (2001). *Modelo de Servicios Comunitarios Adelaida Lafón de Muguerra A.C.* Monterrey, N.L. México
- Gobierno del Estado de Nuevo León, << *Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015* >>, [en línea]. http://www.nl.gob.mx/pics/pages/plan_desarrollo_prueba/genl_ped_2010_2015.pdf (página consultada el 8 de diciembre de 2010)
- Gutiérrez R. (2006) *Maternidad Adolescente: Construyendo nuevos destinos. Un programa integral para la prevención y atención de la maternidad adolescente en el distrito de San Juan de Miraflores*. Lima: Ediciones Manuela Ramos.

Bibliografía

- Afluentes SC y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2005). *Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes: Fundamentos para la consejería y la prestación de servicios de salud*. [CD-ROM] México: INDESOL y The David and Lucille Packard Foundation.
- Ander-Egg, E. (1996) *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI de España, Editores. (2da. edición).
- Aguilar, M.J. y E. Ander-Egg (2001). *Diagnóstico social, conceptos y metodología*. Buenos Aires: Ediciones Lumen Humanitas (2da. edición).
- Aguilar, M. J. y J.L. Álvarez (2005). *Lactancia materna*. España: Elsevier.
- Alvarez, M. y otros (2001) *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. España: Wolters Kluwer (2da. edición).
- Casado, J. y otros (1997) *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Coleman, J.C. y L.B. Hendry (2003). *Psicología de la adolescencia*. España: Ediciones Morata (4ta. edición).
- Consejo Nacional de Población. *Sitio del Consejo Nacional de Población*, [en línea] <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/home> (página consultada el 6 de abril de 2009).
- Encinas, L. (20 de Julio de 2007) *En Nuevo León 32% de embarazos son de adolescentes*. El Norte, pp. 4
- Fundación Adelaida Lafón A.C. (2001). *Modelo de Servicios Comunitarios Adelaida Lafón de Muguerza A.C.* Monterrey, N.L. México
- Gobierno del Estado de Nuevo León, << Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015 >>, [en línea]. http://www.nl.gob.mx/pics/pages/plan_desarrollo_prueba/genl_ped_2010_2015.pdf (página consultada el 8 de diciembre de 2010)
- Gutiérrez R. (2006) *Maternidad Adolescente: Construyendo nuevos destinos. Un programa integral para la prevención y atención de la maternidad adolescente en el distrito de San Juan de Miraflores*. Lima: Ediciones Manuela Ramos.

Issler, J.R. (2001, Agosto). Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina*, [En línea] N° 107, .11-23.
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Instituto Mexicano de la Juventud (2008) <<*Perspectiva de la Juventud en México*>>, [en línea].
<http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/Perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20M%C3%A9xico.pdf>
<http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/Perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20M%C3%A9xico.pdf>
 (página consultada el 20 de febrero de 2009).

----- (2011) <<*Encuesta Nacional de Juventud 2010*>>, [en línea].
[http://cendoc.imjuventud.gob.mx/sin_registro/Cuestionarios/CuadernilloENJ2010FIN](http://cendoc.imjuventud.gob.mx/sin_registro/Cuestionarios/CuadernilloENJ2010FINAL9DIC.pdf)
[AL9DIC.pdf](http://cendoc.imjuventud.gob.mx/sin_registro/Cuestionarios/CuadernilloENJ2010FINAL9DIC.pdf) (página consultada el 20 de diciembre de 2012)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008) <<*Estadísticas de natalidad 2008*>>, [En línea].
[http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11092&c=11109](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11092&c=11109&s=est&cl=4#)
[&s=est&cl=4#](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11092&c=11109&s=est&cl=4#) (página consultada el 20 de diciembre de 2012)

----- (2009) <<*Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*>>, [en línea].
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf (página consultada el 20 de diciembre de 2012)

----- (2010) << Censo de Población y vivienda 2010 >> , [en línea].
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
 (página consultada el 20 de diciembre de 2012)

----- (2011) <<*Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2011*>>, [en línea].
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/default.aspx> (página consultada el 20 de diciembre de 2012)

----- (2011) <<*Mujeres y Hombres en México 2011*>>, [En línea].
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101193.pdf (página consultada el 22 de diciembre de 2012)

----- (2012) <<*Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Juventud 2012*>>, [En línea].
http://sg.ni.gob.mx/Transparencia_2009/Archivos/AC_0001_0002_0063687
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?s=inegi&c=2844&ep=99> (página consultada el 20 de diciembre de 2012)

- <<México en cifras: Nuevo León >>, [En línea].
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/#D> (página consultada el 20 de diciembre de 2012)
- Instituto Nacional de las Mujeres (2006) << Tarjetas >>, [en línea].
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/> (página consultada el 8 de enero de 2009)
- <<Encuesta Nacional de Adicciones 2008>>, [en línea]
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Tabaquismo1.pdf> (página consultada el 20 de diciembre de 2012)
- << Tarjetas Estatales y Municipales >>, [en línea].
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/fichas.php?pag=2> (página consultada el 20 de diciembre de 2012)
- Organización Mundial de la Salud. Sitio de la Organización Mundial de la Salud, [en línea]
 Instituto Nacional de Salud Pública <<Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006>>, [En línea] <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf> (página consultada el 3 de Diciembre de 2007)
- <<Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012>>, [En línea]
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (página consultada el 20 de diciembre de 2012)
- Kisnerman, N. (1998) *Pensar el Trabajo Social, Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Ediciones Lumen Humanitas (2da. edición).
- Lefrancois, G.R. (2001) *El ciclo de la vida*. México: International Thomson Editores, (6ta. edición).
- Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2000, 29 de mayo). [en línea]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf> (página consultada el 6 de junio de 2009).
- Ley de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado de Nuevo León (2006, 17 de febrero). [en línea]. Nuevo León: H. Congreso de el Estado.
http://sg.nl.gob.mx/Transparencia_2009/Archivos/AC_0001_0002_0063687-0000001.pdf (página consultada el 6 de junio de 2009)

- Ley Estatal de Salud (1988, 12 de diciembre). [en línea]. Nuevo León: H. Congreso de el Estado. http://sg.nl.gob.mx/Transparencia_2003/Archivos/AC_0001_0002_0041522-0000001.pdf (página consultada el 6 de junio de 2009)
- Licha, Isabel (2002) *El debate actual sobre el desarrollo participativo en Gerencia Social en América Latina enfoques y experiencias innovadoras*. Nueva York: Banco Interamericano de Desarrollo.
- López, F. y Otros (2000) Patrones de interacción y apego madre adolescente-hijo(a) desde una metodología observacional. En Reyes, N. (comp.) *Observación de Bebés*. México: Plaza y Valdez. 280-314.
- Monroy, A. y L. Velasco (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Ed. Paz México
- Novel, G. y Otros (2005). *Enfermería psicosocial y salud mental*. España: Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud. *Sitio de la Organización Mundial de la Salud*, [en línea]. <http://www.who.int/es/> (página consultada el 3 de febrero de 2008)
- Organización de las Naciones Unidas. *Sitio de la Organización de las Naciones Unidas*, [en línea]. <http://www.un.org/es/> (página consultada el 3 de junio de 2007).
- (1989) <<Convención sobre los Derechos del Niño >> [en línea] . <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm> (página consultada el 3 de junio de 2007).
- (1994) << Informe sobre la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo>>, [en línea]. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf (pagina consultada el 3 de junio de 2007).
- (1995) << Informe sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer >>, [en línea]. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> (página consultada el 5 de junio de 2007).
- Peñaloza, P. J. (2010). *La juventud mexicana: una radiografía de su incertidumbre*. México: Editorial Porrúa.
- Presidencia de la República <<Plan Nacional de Desarrollo 2007>> [en línea]. <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/> (página consultada el 15 de enero de 2008).

- Quintero, V.M. (2008). Impacto social, Manual 1: Fundamentos de la Evaluación de Proyectos. Colombia: Víctor Manuel Quintero.
- Rubio, M.J. y J. Varas (2004) *El análisis de la realidad en la intervención social, Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Editorial CCS.
- Secretaría de Educación <<*Ley General de Educación*>>, [en línea].
http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4-0bb4884af388/ley_general_educacion.htm (página consultada el 10 de enero de 2008).
- Secretaría de Salud <<*Programa Nacional de Salud 2007-2012*>> [En línea].
http://portal.salud.gob.mx/contenidos/ptrc/programas_plan_nacional.html (pagina consultada el 10 de enero de 2008).
- Sen, A. (1997) Maximization and the Act of Choice. *Econometrica*, 65 (4). 745-780.
- (1998) Capital humano y capacidad humana. Cuadernos de *Economía*, 17 (29). 67-72.
- (1999) *Romper el ciclo de la pobreza: Invertir en la infancia*, París: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Torres J. (2004) *La reforma de la Salud y los Adolescentes: Consideraciones Políticas*, Manuscrito en preparación.
- United Nations Population Fund (2007) << *Giving girls today & tomorrow: breaking the cycle of adolescent pregnancy* >>, [en línea].
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/giving_girls.pdf (página consultada el 10 de enero de 2008).
- (2009) <<*Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*>>, [en línea].
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adol_toolkit_humanitarian.pdf (página consultada el 25 de mayo de 2010)
- (2011) << *Estado de la Población Mundial 2011*>>, [en línea].
<http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2011.pdf> (página consultada el 20 de diciembre de 2012).
- Woolfolk, A. E. (2006) *Psicología educativa*. México: Pearson Educación (9na. Edición).

Anexo I.

TEMAS DE INTERÉS

Marca los temas que te interesaría se trataran en los próximos dos meses, si hay algunos que no se mencionan y tu quieres que se hable de ellos escríbelos en las líneas de abajo.

- ☐ Higiene del bebé
- ☐ Vacunas, enfermedades frecuentes y revisiones médicas del bebé
- ☐ Comida según los meses del bebé
- ☐ Lactancia
- ☐ Ejercicios y masajes para el bebé
- ☐ Comida y formas para el bebé
- ☐ Relaciones sexuales y embarazo
- ☐ Mis sentimientos y pensamientos con mi bebé
- ☐ Relación con mi familia y/o con la familia del papá de mi bebé sobre su cuidado y educación

ANEXOS

Otros temas no mencionados en la lista:

Anexo 1.

TEMAS DE INTERÉS

Marca los temas que te interesaría se trataran en los próximos dos meses, si hay algunos que no se mencionan y tu quieres que se hable de ellos escríbelos en las líneas de abajo.

- ☐ Higiene del bebé
- ☐ Vacunas, enfermedades frecuentes y revisiones médicas del bebé
- ☐ Comida según los meses del bebé
- ☐ Lactancia
- ☐ Ejercicios y masajes para el bebé
- ☐ Comida y formas para recuperarme después del embarazo
- ☐ Relaciones sexuales y prevenir otro embarazo pronto
- ☐ Mis sentimientos y pensamientos con mi bebe
- ☐ Relación con mi familia y/o con la familia del papá de mi bebe sobre su cuidado y educación

Otros temas no mencionados en la lista:

	NOV.				DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Diagnóstico																																												
Definir la temática y lineamientos para los grupos de discusión																																												
Convocar a las sesiones con los grupos																																												
Llevar a cabo las sesiones con los grupos de discusión																																												
Construcción de perfil de adolescente en base a la información obtenida.																																												
Selección de contenidos de sesiones																																												
Diálogo con talleristas del Grupo de Prevención y atención de embarazo en adolescentes																																												
Revisión de bibliografía relacionada con temas relevantes																																												
Elaboración de encuesta sobre temas de interés																																												
Aplicación de encuesta sobre temas de interés																																												
Revisión de resultados de encuesta																																												
Elección final de contenidos																																												

Diseño de sesiones	NOV.				DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Diálogo con expertos invitados																																												
Planeación de cada sesión																																												
Promoción del club	NOV.				DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Diseño y elaboración de carteles y volantes																																												
Distribución de carteles y volantes																																												
Reunir recursos para las sesiones	NOV.				DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Listado de recursos																																												
Conseguir los recursos																																												
Implementación de sesiones	NOV.				DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Sesiones semanales																																												
Evaluación	NOV.				DIC.				ENERO				FEB.				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Evaluación de inicio																																												
Evaluación por sesiones																																												
Evaluación final																																												

Monto		Subtotal		Total	
	\$0.30		\$30.00		\$30.00
	10.00		\$100.00		
	30.00		\$30.00		
	34.90		\$34.90		
	\$8.90		\$8.90		
	\$9.90		\$9.90		
	\$9.90		\$39.90		
	14.90		\$14.90		
	10.00		\$10.00		
	\$0.30		\$18.00		
	\$3.45		\$207.00		\$366.50
	14.00		\$42.00		
	21.30		\$21.30		\$270.30
	\$10.00				\$666.80

Anexo 3.

Presupuesto

Rubro	Artículo	Cantidad	Costo unitario	Subtotal	Total
Promoción	Volantes (copia tamaño carta con 4 volantes)	100	\$0.30	\$30.00	\$30.00
Materiales	Credencial	10	\$10.00	\$100.00	
Materiales	Paquete hojas blancas tamaño carta	1	\$30.00	\$30.00	
Materiales	Paquete con 10 Cartulinas blancas	1	\$34.90	\$34.90	
Materiales	Masking tape	1	\$8.90	\$8.90	
Materiales	Lápices	1	\$9.90	\$9.90	
Materiales	Marcador waterink estuche con 12	1	\$39.90	\$39.90	
Materiales	Bolígrafo barril tinta azul caja con 12	1	\$14.90	\$14.90	
Materiales	Block de rotafolios	1	\$110.00	110.00	
Materiales	Copias	60	\$0.30	\$18.00	\$366.50
Refrigerio	Tacos	60	\$3.45	\$207.00	
Refrigerio	Refrescos	3	\$14.00	\$42.00	
Refrigerio	Servilletas	1	\$21.30	\$21.30	\$270.30
GRAN TOTAL					\$666.80

Lista Volante

Chava: Si tienes de 15 a 19 años
y vas a tener bebé o eres mamá
Te invitamos a nuestro grupo en el centro
comunitario de Fundación Adelaida Lafón
(Muguercita), los **sábados de 10 a 12.**

Podrás:



- Conocer Tips para tu persona,
- Hacer preguntas y resolver dudas,
- Recibir información de médicos especialistas,
- Participar en convivios,
- Hacer nuevas amistades.

Informes: Calle de los Colonos
s/n entre Epicalia y CNOP Col.
Fomerrey 35
Tels. 81-02-60-95, 83-91-80-02,
83-91-80-01



Anexo 5.



Fundación
Adelaida
Lafón A.C.

Lista de asistencia

Lista de Asistencia



Fundación
Adelaida
Lafón A.C.

Lista de Asistencia

Fecha	Firma
13 Junio 2009	Karen Pamela Hernandez Rdz
13 Junio 2009	MARTA LUCIA ESTRADA HDZ
13 Junio 2009	Ana Lucia Delgado Aguilar
20 Junio 2009	Karen Pamela Hernandez Rodriguez
20 Junio 2009	MARTHA LUCIA ESTRADA HDZ
20 Junio 2009	Ana Lucia Delgado Aguilar.
20 Junio 2009	Victoria Margarita Lopez Ramirez
27 Junio 2009	MARTHA LUCIA ESTRADA HDZ
27 Junio 2009	Karen Pamela Hernandez Rdz
27 Junio 2009	Ana Lucia Delgado Aguilar.
27 Junio 2009	Victoria margarita Lopez Ramirez

Lista de Asistencia

Fecha	Firma
25/Julio/09	Berenice Leticia Berenice Magaña García.
25/Julio/09	MARTHA LUCIA ESTRADA H/PZ. 13-10-30-86
25/Julio/09	Ana Lucia Delgado Aguilar.
25/Julio/09	Karen Pamela Hernandez Rdz.
1/Agosto/09	Berenice Berenice Magaña García.
1/Agosto/09	MARTHA LUCIA ESTRADA H/PZ
1/Agosto/09	Karen Pamela Hdz Rdz.
8/Agosto/09	Ana Lucia Delgado Aguilar.
8/Agosto/09	MARTHA LUCIA ESTRADA HERNANDEZ
08/Agosto/09	Karen Pamela Hernandez Rodriguez
15/Agosto-09	Karen Pamela Hernandez Rodriguez
15/Agosto-09	Ana Lucia Delgado Aguilar.
15/Agosto-09	Martha Lucia. Estrada Hernandez.
15/Agosto/09	Berenice Magaña García.

Lista de Asistencia

Fecha	Firma
	Victoria margarita Lopez Ramirez
21/AGOS/09	MARTHA LUCIA ESTABDO HERNANDES
29/Agosto/09	MARTH LUCIA ESTABDO HERNANDEZ
29/Agosto/09	Ana Lucia Delgado Aquilar
29/agosto/09	Karen Pamela Hernandez Rdz:
05/sept/09	Ana Lucia Delgado Aquilar-
05/sept/09	Karen Pamela Hernandez Rdz.
05-sep-09	Lizeth Esmeraldi Zavala Marquez 80445397
05-SEP-09	MARTHA LUCIA ESTABDO HERNANDES

Anexo 6.

Listado de sugerencias

Indicaciones para el manejo de la conducta de los niños

- Hable al niño por su nombre (no use diminutivos).
- Espere que la vea a los ojos (contacto visual).
- Use un tono de voz alto (sin gritar).
- De una orden corta (no más de dos palabras).
- Establezca un límite o consecuencia (si haces esto, va a pasar esto).
- Repita la orden dos veces, a la tercera actúe.
- Al terminar el castigo no se justifique, no pida perdón, no trate de compensar comprándole algo o llevándole a alguna parte.
- Cumpla los premios o castigos (sea creíble)
- Por otro lado, cuando esté tranquilo, abrácelo, béselo.
- Dígale que le da gusto verlo así (la reconocer las buenas conductas aumentan)
- Dígale que se siente orgullosa de ser su mamá y de que él sea su hijo.
- Empiece por reconocer sus logros por pequeños que sean.
- Ante los demás, hable positivamente de él y que él escuche.

Todos los adultos deben seguir las mismas indicaciones (para mayor efecto). No se desanime si el niño no cambia pronto, recuerde que es una conducta que le ha funcionado mucho tiempo y al inicio de la corrección es normal que aumente, él está poniendo su paciencia a prueba. Es una lucha de poder.

Cuando se sienta que usted ya va a perder el control o va a ceder, sálgase de la situación (vaya al patio, cuarto, tienda, etc.) es mejor evitar algo de lo que usted se puede arrepentir. Asimile su culpa pensando que está haciendo un trabajo a futuro y que usted aun está a tiempo de rescatarlo pues entre más edad y tiempo pase es más difícil.

Anexo 7.

Cuestionario de Eysenck

Lee las afirmaciones siguientes y considera en qué medida estás de acuerdo con ellas. Si estas completamente de acuerdo marca 9 a la derecha de la frase. Si estás completamente en desacuerdo marca 1. Si la verdad está en un punto intermedio entre los dos extremos, marca un número comprendido entre el 2 y el 8, indicando el grado de acuerdo. El 5 indica que no es verdad ni mentira.

1	Tengo más amigos que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Tengo relaciones sociales varias veces a la semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Realmente me gusta pasar el tiempo con otras personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Me preocupo más que las otras personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Normalmente me resulta imposible mantener las preocupaciones alejadas de mi mente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	La vida es una fuente de preocupaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Mis amigos me consideran una persona muy bien adaptada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Estoy casi siempre alegre	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	Generalmente supero las adversidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Soy más extrovertida que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	La gente piensa que soy muy sociable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Soy una persona particularmente amistosa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	No creo que mis problemas sean insuperables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	No pierdo el tiempo envidiando a otras personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Raramente experimento frustración y rabia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	Tengo relaciones íntimas con una persona del sexo contrario	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	Mi vida familiar ha sido siempre muy amorosa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	Tengo más amigos íntimos que la mayoría	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	Soy más feliz que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Soy algo infeliz la mayoría del tiempo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	Deseo poder ser más feliz	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Resultado Final

Anexo 8.

Formato de avances

Meta:		
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
		¿Qué dificultó el logro?
Actividad	Grado de cumplimiento	¿Qué facilitó el logro?
		¿Qué facilitó el logro?
Resultado Final		

